



PRACTICUS

pro praktické lékaře zdarma • č.1/2023 • ročník 22



TÉMA:

Preskripce antibiotik u všeobecných praktických lékařů

X. kongres praktických lékařů

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP



31. března–1. dubna 2023

Clarion Congress Hotel

Olomouc

Možnosti registrace: www.olomouc-svl.cz • e-mail: sekretariat@target-md.com
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • **Organizátor:** TARGET-MD s.r.o.

OBSAH

PRACTICUS

odborný časopis SVL ČLS JEP
1/2023, ročník 22

INFO SVL

04 EDITORIAL

ODBORNÝ ČLÁNEK

05 **PRESKIPCE ANTIBIOTIK U VŠEOBECNÝCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ: STÁLE JE CO ZLEPŠOVAT**

MUDr. Michal Prokeš, doc. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.,
Ing. Ladislav Wagner, MHA, Jiří Prokeš

11 **CO MŮŽE PŘINĚST ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ BŘICHA ASYMPTOMATICKÉHO PACIENTA?**

MUDr. Igor Romanko, MUDr. Zdeněk Hess, Ph.D., MUDr. Luděk Hrdlička

ZPRÁVY Z KONFERENCE

16 **POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ**

MUDr. Jana Venclová

21 **PROČ JE TAK TĚŽKÉ ZHUBNOUT A SVOU HMOTNOST UDRŽET?**

MUDr. Klauďia Hálová-Karoliová

24 **MODERNÍ PŘÍSTUPY V DERMATOLOGII**

MUDr. Xenie Cázzerová

26 **ŽENY V PRAKTICKÉ MEDICÍNĚ**

MUDr. Kateřina Javorská

30 **VČASNÁ DIAGNOSTIKA A MOŽNOSTI LÉČBY HIV**

Doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Z NAŠICH WEBINÁŘŮ

32 **CO S PACIENTEM PO INFARKTU MYOKARDU (IM) V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE? KDY POTŘEBUJE KARDIOLOGA?**

MUDr. Michaela Šnejdrlová, Ph.D.

AKTUALITY

37 **MARIHUANA, PAMĚŤ, SOUSTŘEDĚNÍ A ROZHODOVÁNÍ U STARŠÍCH OSOB**

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Vydavatel:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Adresa redakce:

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Sokolská 31, 120 00 Praha 2
tel.: 267 184 064
e-mail: practicus.svl@cls.cz
www.practicus.eu

Redakce:

Šéfredaktor:

MUDr. Stanislav Konštacký, CSc.
konstackys@seznam.cz

Zástupci šéfredaktora:

MUDr. Dana Moravčíková
dana.moravcikova@medicina.cz

MUDr. Jana Vojtíšková
janav.doktor@volny.cz

Manažerka časopisu:

Hana Čížková
practicus.svl@cls.cz

Redakční rada: doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., MUDr. Otto Herber, doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., MUDr. Pavel Brejník, MUDr. Josef Štolfa, MUDr. Igor Karen, MUDr. Jozef Čupka, MPH, MUDr. David Halata, MUDr. Toman Horáček, MUDr. Kateřina Javorská, MUDr. Stanislav Konštacký, CSc., MUDr. Jan Kovář, MUDr. Dana Moravčíková, MUDr. Cyril Mucha, MUDr. Josef Olšr, MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Boris Štastný, MUDr. Jana Vojtíšková, MUDr. Lenka Bilková, MUDr. Miloš Ponižil, MUDr. David Bergmann, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., MUDr. Šárka Drbalová, MUDr. Jiří Havránek, MUDr. Ambrož Homola, Ph.D., MUDr. Jiří Horák, MUDr. Vladimír Marek, MUDr. Petra Mestická, MUDr. Astrid Matějková, MUDr. Helena Stárková, MUDr. Jan Šindelář

Spolupracovnice časopisu:

Andrea Vrbová, Barbora Kyselová

Náklad 6 000 ks. • • • Vychází 10x ročně.

Pro praktické lékaře v ČR zdarma.

Roční předplatné pro ostatní zájemce
800 Kč. • • • Přihlášky přijímá redakce.

Toto číslo bylo dáno do tisku 17. 1. 2023 MK
ČR E13477, ISSN 1213-8711.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Redakce neodpovídá za správnost údajů uvedených autory v odborných článcích. Texty neprocházejí jazykovými korekturami. Přetisk a jakékoliv šíření je povoleno pouze se souhlasem vydavatele. © SVL ČLS JEP, 2022

EDITORIAL



MUDr. Stanislav Konšťacký, CSc.
Šéfredaktor časopisu Practicus

Milé kolegyně, milí kolegové,

máme po nejkrásnějších svátcích v roce a doufám, že i krátký odpočinek svátečních dní vám dal dostatek síly na to, co nás čeká v následujících měsících. Ti z vás, kteří se těšili na sníh na horách, neměli dokonalé sněhové podmínky k lyžování (ve městech by měl být dle mého názoru sníh zakázán). Počasí leckdy připomínalo předčasné jaro, které se nelíbilo především ovocnářům a vinařům. Ovlivnilo to zvýšený výskyt respiračních onemocnění, na kterých se podílely nejrůznější viry, včetně COVID 19. Chci věřit, že se už nebudeme vracet ke striktním omezením pohybu, cestování a že děti budou skutečně chodit do školy a ne se jen učit on-line.

Rád bych vás upozornil na některé články z tohoto čísla. Dr. Prokeš s kolektivem nás informuje o studii, která se uskutečnila ve spolupráci s praktickými lékaři na téma preskripce antibiotik. Přehledně uvádí, že v této oblasti je stále co zdokonalovat a ukazuje, jak velké rozdíly jsou mezi jednotlivými kolegy v jejich předepisování. Tato problematika je aktuální, protože i díky neuvážené preskripci se stále zvyšuje resistance na některá ATB a často se projevují i větší rozdíly mezi jednotlivými okresy. *Je pravda, že v současné době vážně plynulé zásobování lékáren těmito léčivými prostředky, ale věřím, že situace se opět upraví.*

O tom, zda je přínosné vyšetření ultrazvukem u asymptomatického pacienta, pojednává článek dr. Romanka a kolektivu: vyšetřili 329 pacientů a článek přibližuje, jaké parametry sledovali a k jakým závěrům dospěli. Tato studie potvrzuje, že ultrazvukové vyšetření je nezátěžující i přínosné, především, pro ranou diagnostiku závažnějších

onemocnění, i když se jednalo v tomto případě o vyšetření pacientů s diabetem. Jistě to *podpoří i program POCUS, zavádění UZ do ordinací všeobecných praktických lékařů.*

Dr. Venclová se ve svém sdělení věnuje posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení. Připomíná tiskopisy potřebné pro Lékařskou posudkovou službu a informuje o zjednodušení této komunikace, kterou připravuje ČSSZ. Článek obsahuje několik grafů a zajímavých kazuistik.

MUDr. Klaudia Hálová-Karoliiová vysvětluje, proč je tak těžké zhubnout a pak si svou hmotnost udržet. Tato problematika je jistě závažná pro velký výskyt tohoto onemocnění v naší populaci, které je spojeno s dalšími nosologickými jednotkami. Kazuistiky vhodně doplňují toto sdělení.

V dalším z článků vás seznamujeme s obsahem Workshopu MUDr. Xenie Cázzerové, který byl organizován v rámci naší výroční konference a týká se moderních přístupů v dermatologii. Tématem je, jak při správné diagnostice napomáhá digitální dermatoskop.

Dr. Javorská, členka našeho výboru, rozebírá problematiku žen v praktickém lékařství. Poukazuje na to, jak významnou roli ženy v této oblasti medicíny hrají, a vzhledem k množství studentek medicíny tento trend bude přetrvávat a častěji budou ženy získávat vyšší stupeň vzdělání, který byl dříve doménou mužů.

Dr. Šnejdrlová se vyjadřuje k potřebám pacientů po IM, co je doménou VPL a kdy je vhodná konzultace s kardiologem, který nemusí být snadno dostupný, nebo jak klesá adherence k léčbě po propuštění z nemocnice. Zvláště bych upozornil na tabulku týkající se předepisování ACI a BB u pacientů po IM/s ICHS.

Dostává se vám do rukou letošní první číslo časopisu *Practicus*, které jsme opět naplnili novými články. Doufám, že i v něm si najdete něco zajímavého. Editorial jsem dopsal, právě když jsme se dozvěděli, kdo z kandidátů na prezidenta postoupil do druhého kola. Přál bych nám, abychom si zvolili člověka rovného a pevného v zásadách, který zvládne nelehkou situaci, která stojí před naší vládou, vlastně před námi všemi.

Preskripce antibiotik u všeobecných praktických lékařů: stále je co zlepšovat



MUDr. Michal Prokeš¹

doc. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.^{2,3}

Ing. Ladislav Wagner, MHA⁴, Jiří Prokeš⁵

¹DrugAgency, a.s., ²Státní zdravotní ústav, ³Ústav mikrobiologie 3. LF UK, FNKV a SZÚ, ⁴Kancelář zdravotního pojištění, ⁵Sdružení praktických lékařů ČR

Úvod

Narůstající rezistence mikrobů vůči antibiotikům (ATB) je celosvětovou hrozbou. Pacienty s infekcí způsobenou mikrobem rezistentním k antibiotikům prokazatelně ohrožuje zvýšená morbidita a mortalita, léčba je obtížná a několikanásobně zvyšuje náklady na zdravotní péči. Mezi hlavními faktory vzniku antibiotické rezistence je nesprávná indikace ATB, která je v zásadě dvojího druhu: ATB jsou předepisována příliš často, tedy i u infekcí virového původu, a volba ATB je suboptimální, neboť je dáвана přednost širokospektrým ATB u infekcí, které je možno léčit ATB s úzkým spektrem (například předpis amoxicilinu u streptokokové tonzilofaryngitidy).

Evropské centrum pro prevenci a kontrolu infekčních onemocnění (ECDC)¹, které bylo založeno v roce 2005 jako jedna z agentur Evropské unie, shromažďuje a vyhodnocuje údaje o antibiotické rezistenci a o spotřebě ATB v jednotlivých zemích Evropy. Podává tak jednotlivým státům zpětnou vazbu, jak je jejich strategie v boji s antibiotickou rezistencí úspěšná. Z údajů uvedených na stránkách ECDC^{2,3} je patrná svázanost ATB rezistence a spotřeb ATB a je patrný určitý severojižní, respektive jihovýchodní gradient, kdy severské země vykazují nižší spotřeby ATB a nižší frekvenci rezistentních mikrobů než země na jihu a východě Evropy. Při vyhodnocování kvality preskripce ATB agentura ECDC využívá tzv. indikátory kvality preskripce ATB, v nichž kromě absolutních čísel spotřeb jednotlivých skupin ATB užívá i poměrná čísla⁴, například podíl penicilinů s úzkým spektrem (např. V-PNC) k celkové preskripci ATB, podíl chráněných aminopenicilinů k celkové preskripci ATB, atd.

Jak po stránce absolutních spotřeb ATB, tak i poměrných indikátorů kvality je ČR v zásadě průměrnou zemí⁵. Nepříjemnou zprávou je, že čeští lékaři stále častěji předepisují ATB s širokým spektrem, jako jsou chráněné aminopeniciliny, makrolidy a cefalosporiny 2. generace, ačkoliv pro jejich preferenci není při léčbě komunitních infekcí racionální zdůvodnění. Struktura preskripce ATB skupin v ČR je výrazně horší než například ve Švédsku, kde jsou lékaři dlouhodobě vedeni k účelné indikaci ATB. Silnými stránkami ČR jsou aktivity Společnosti všeobecného praktického lékařství, Sdružení praktických lékařů ČR i Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP zejména ve smyslu sestavování doporučených postupů a konsenzů užívání ATB, publikace četných odborných článků a četných (a hojně navštěvovaných) školících akcí. Přes to je zřejmé, že implementace doporučených postupů není dostatečně účinná. Dosavadní opatření uplatňovaná v ČR by bylo vhodné doplnit o opatření nová, která blíže definuje Akční plán Národního antibiotického programu pro roky 2019–2022⁶. Mezi ně patří informování předepisujících lékařů o hodnotách kvality jejich vlastní preskripce ATB. Rozbory preskripce léků poskytované předepisujícím lékařům jsou důležitou součástí podpory účelné farmakologie. V rámci projektu Prevence antibiotické rezistence Státního zdravotního ústavu (SZÚ)⁷ podpořeného z Fondů EHP a Norska⁸ byl realizován pilotní projekt, jehož cílem je podpora racionální preskripce antibiotik prostřednictvím tzv. behaviorální intervence, tedy komentovaného rozboru antibiotické preskripce pro konkrétního lékaře, který je doprovázen individuálním doporučením pro případnou úpravu přístupu. Dalším cílem studie bylo zjistit, do jaké míry všeobecní praktičtí lékaři postupují podle doporučených postupů, respektive zda ATB označovaná v doporučených postupech jako léky první volby pro běžná onemocnění skutečně předepisují častěji než léky druhé a další volby. Individuálně vypracované rozbor preskripce ATB byly příslušným lékařům poskytnuty s tím, že byly vyznačeny ATB skupiny, které se u konkrétního lékaře jeví jako problematické. V případě suboptimální preskripce bylo doporučováno, aby lékař prostudoval příslušné kapitoly doporučených postupů. Anonymita pacientů i lékařů zůstala zachována. Po určitém časovém odstupu bude u příslušných VPL proveden další sběr a vyhodnocení ATB preskripce za účelem zjištění případných změn preskripčních návyků.

V-PNC	Peniciliny s úzkým spektrem (např. V-penicilin)
AminoPNC	Aminopeniciliny nechráněné (bez inhibitorů β-laktamáz)
ChAmin	Chráněné aminopeniciliny (kombinované s inhibitory β-laktamáz)
CefalSp	Cefalosporiny (v ČR především 2. generace)
Sulf-Trim	Sulfonamidy a trimethoprim
Makro	Makrolidy
Chino	Chinolony (v ČR jsou registrovány pouze fluorochinolony)
TTC	Tetracykliny

Další zkratky:

IQR – mezikvartilové rozpětí, KZP – kancelář zdravotního pojištění, SVL – společnost všeobecného lékařství, VPL – všeobecný praktický lékař, SZU – Státní zdravotní ústav

Metodika

Výběr lékařů: Ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů (SPL) byli prostřednictvím okresních a krajských předsedů SPL osloveni praktičtí lékaři s nabídkou komentovaného rozboru své preskripce. Podmínkou bylo provozování praxe všeobecného praktického lékařství a poskytování péče v rámci všeobecného zdravotního pojištění. Vzhledem k vysokému pracovnímu vytížení praktických lékařů způsobeném probíhajícími epidemiemi COVID-19 byl počet přihlášených nízký, proto nebylo nutno provádět selekci a rozbor preskripce byl proveden u všech přihlášených.

Sběr dat byl proveden Kanceláři zdravotního pojištění (KZP)¹⁰, která shromažďuje zdravotnické údaje o vykázané a uhrazené zdravotní péči včetně předepsaných léčivých přípravků od všech zdravotních pojišťoven v ČR. Na základě rozborů takto získaných dat KZP ve spolupráci s odbornými společnostmi vytváří ukazatele kvality zdravotní péče a umožňuje bezplatný přístup k hodnotám těchto ukazatelů na svých webových stránkách. Za účelem provedení rozborů preskripce lékařů přihlášených do studie byla vybrána data o předepsané a uhrazené preskripci v roce 2019, a to jednak o celkové spotřebě ATB (ATC J01) a jednak o spotřebě důležitých skupin ATB. Jednotkou byl recept vystavený na ATB bez ohledu na sílu nebo velikost balení ATB. KZP předala data autorům tohoto článku ve formě excelovských tabulek, z nichž byl následně vytvořen základní graf spotřeb pro dotyčné lékaře s průvodním textem zhruba v rozsahu 2 stránek. Hodnocení vycházelo z konsensů odborných společností¹¹⁻¹⁴, doporučených postupů pro praktické lékaře pro léčbu infekčních onemocnění¹⁵ a doporučených postupů České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku¹⁶⁻¹⁷.

Hodnocená data byla porovnáována s průměrnou preskripcí VPL v ČR i s hodnotami ukazatelů kvalitní preskripce antibiotik KZP, které byly sestaveny v letech 2019–2020 odborným panelem KZP složeným ze zástupců KZP, plátců zdravotního pojištění a klinických expertů zastupujících společnost Všeobecného lékařství ČLS JEP. Jednalo se zejména o podíly následujících skupin ATB z celkové preskripce ATB: Tetracykliny (TTC), peniciliny s úzkým spektrem (V-PNC) aminopeniciliny nechráně-

né (AminoPNC), aminopeniciliny chráněné (ChAmin), cefalosporiny (CefalSp), sulfonamidy a trimethoprim (Sulf-Trim) a chinolony (Chino), z nichž jsou v ČR registrovány pouze fluorochinolony. Podrobnosti k jednotlivým ukazatelům jsou dostupné na portálu ukazatelů kvality KZP¹⁸. Hodnocení byla následně zaslána jednotlivým lékařům a poté byl uspořádán webový seminář.

Z výše uvedeného vyplývá, že léčivé přípravky nehranzené ze zdravotního pojištění nejsou tímto způsobem zaznamenány a v níže uvedených statistikách nefigurují. Bias představují údaje týkající se amoxicilinu (hlavního představitele AminoPNC). Toto antibiotikum je předepisováno i v přípravku DUMOX, který není hrazen ze zdravotního pojištění a v datech KZP tedy není obsažen. V roce 2019 tvořil v ČR podíl tohoto přípravku 41 % všech předepsaných přípravků obsahujících amoxicilin předepsaných v ČR. V každém z okresů ČR byl podíl DUMOXu jiný, a to od 16 % v okrese Jeseník až po 81 % v okrese Česká Lípa. Podobné rozdíly lze očekávat i u jednotlivých lékařů včetně zkoumané skupiny VPL. To znamená, že v níže uvedených grafech může být podíl AminoPNC uváděn nižší než je skutečná preskripce AminoPNC příslušných lékařů. Při rozboru dat z e-receptů (KZP) v letech 2019–2021 vykazovala preskripce nehranzeného DUMOXu sestupný trend, což znamená, že vypovídací hodnota ukazatele preskripce AminoPNC bude stoupat.

Výsledky

K rozborům preskripce se přihlásilo celkem 51 všeobecných praktických lékařů (VPL) definovaných identifikačním číslem pracoviště (IČZ, respektive IČP), z toho 24 žen, 18 mužů a u 9 nebylo možno zjistit pohlaví (nelze vyloučit, že pod jedním IČP pracovalo více lékařů). U dvou lékařů byla zjištěna preskripční data pouze pro rok 2020, rozboru u nich byly provedeny a lékařům odeslány, ale jejich data nebyla zařazena do studie. U 49 lékařů, respektive IČP, bylo vyhodnoceno 18 100 receptů na ATB, na jedno IČP připadalo 100 až 943 receptů na ATB za rok 2019. Průměrný počet předpisů na ATB na 1000 návštěv u lékaře, při kterých byl předepsán jakýkoli hrazený lék, činil 114 (50 až 227) u pacientů do 65 let a 45 (22 až 93) u pacientů nad 65 let. Jeden VPL nepředepsal žádné ATB pacientům nad 65 let (lze spekulovat, že neměl takové pacienty registrované).

V tabulce 2 jsou uvedeny vážené průměry zjištěných procent, kterými se jednotlivé skupiny ATB na spotřebě 49 lékařů zařazených do studie podílely. Pro porovnání jsou zde též uvedeny celostátní průměry všech VPL v ČR (data KZP). V předposledním řádku tabulky jsou uvedeny prahové hodnoty příslušných ukazatelů kvality KZP. Je třeba upozornit, že u V-PNC a u AminoPNC se jedná o dolní práh kvality, přičemž za kvalitní preskripci těchto ATB jsou považovány hodnoty vyšší než je hodnota prahu kvality. Z tabulky je u V-PNC zřejmé, že ani průměry zkoumaných VPL, ani celostátní průměr nedosahuje prahu kvality. U AminoPNC byl u sledovaných VPL práh překročen, kdežto u průměru všech VPL v ČR nikoliv.

Tabulka 2. Podíl jednotlivých skupin ATB u zkoumané skupiny VPL a porovnání s průměrnými hodnotami VPL v ČR a s prahem kvality KZP. *Dolní typ prahu: preskripce je považována za kvalitní, pokud byl práh překročen. **Horní typ prahu: preskripce je považována za kvalitní, pokud nebyl práh překročen.

	V-PNC	Amino-PNC	ChAmin	CefalSp	Sulfon+Trimet	Makro	Chino	TTC
Průměr zkoumané skupiny 49 VPL	9%	11%	21%	9%	10%	19%	4%	9%
Průměr všech VPL v ČR (KZP)	10%	4%	20%	14%	7%	27%	5%	7%
Práh kvality (KZP)	11%	9%	16%	15%	7%	30%	3%	15%
Typ prahu	Dolní*	Dolní*	Horní**	Horní**	Horní**	Horní**	Horní**	Horní**

U ostatních skupin ATB se jedná o horní práh kvality, přičemž za kvalitní preskripci jsou považovány hodnoty nižší než je hodnota prahu kvality. V naší sledované skupině VPL je v průměru práh kvality překročen u ChAmin, Sulf-Trimet a u Chino.

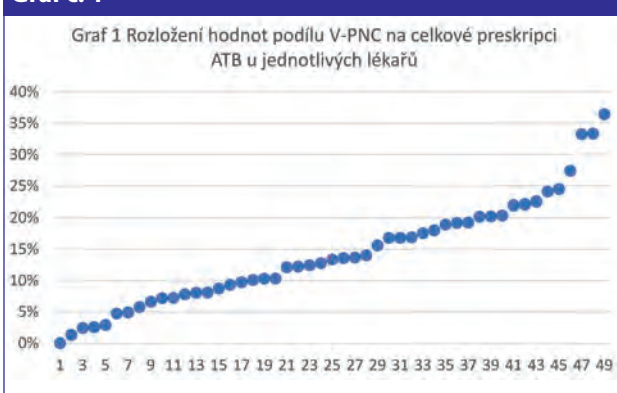
Protože samotný průměr může být v určitých případech zavádějící, byly též vypočteny hodnoty mediánu, které jsou uvedeny v tabulce 3, stejně jako hodnoty minimální a maximální a též hodnoty prvního a třetího kvartilu pro vybrané ATB skupiny. Hodnota prvního kvartilu znamená, že nižší hodnoty byly zjištěny u 25 % lékařů. Například ve sloupci „V-PNC“ zjistíme, že u 25 % sledovaných lékařů činil předpis V-PNC méně než 7,8 % jejich preskripce. Hodnota třetího kvartilu znamená, že 25 % lékařů mělo vyšší hodnoty, než činí uvedené číslo. Ve sloupci „V-PNC“ zjistíme, že u 25 % lékařů činil předpis V-PNC více než 19,2 % jejich preskripce, respektive že u 75 % lékařů činila frekvence předpisu V-PNC méně než 19,2 %.

V grafech 1 až 3 je patrné rozložení hodnot jednotlivých lékařů zkoumané skupiny VPL, které jsou pro každou skupinu ATB vždy zvlášť seříděny vzestupně. Z grafu 1

(i z tabulky 3) je zřejmé, že většina lékařů předepisovala V-PNC více než 11 % ze své celkové preskripce ATB a že tedy jejich postup (pro konkrétní ATB skupinu) je považován za kvalitní (pravá část křivky v grafu 1). Někteří lékaři však předepisovali V-PNC jen ojediněle (levá část křivky) a jeden ze 49 lékařů nepředepsal během roku 2019 ani jeden recept na V-PNC. Ten přitom patří mezi léky první volby například u tonsilofaryngitidy, která patří mezi nejčastější infekce horních cest dýchacích a je preferovaným antibiotikem i u dalších akutních nekomplikovaných respiračních infekcí vyvolaných dominantně pneumokoky.

Graf 2 znázorňuje rozložení hodnot podílu ChAmin a cefalosporinů na celkové preskripci. Je třeba připomenout, že konkrétní lékař je vždy na jiné pozici v křivce ChAmin a v křivce Cefalo, což platí i pro následující graf. Tabulka 2 uvádí, že prahové hodnoty jsou 16 %, respektive 15 %. Je třeba upozornit, že (na rozdíl od V-PNC) jsou považovány vyšší hodnoty za méně kvalitní preskripci. Zatímco u cefalosporinů překračuje prahovou hodnotu malá část lékařů a většina lékařů indikuje cefalosporiny správně, u ChAmin je to zhruba polovina. Přitom chráněné aminopeniciliny mají být vyhrazeny pouze pro

Graf č. 1



Graf č. 2

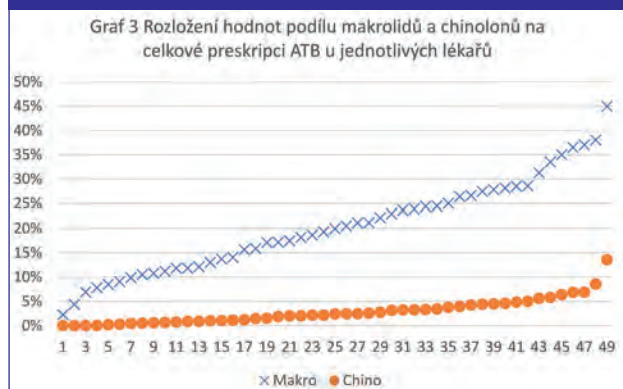


Tabulka 3: Podíl vybraných skupin ATB u zkoumané skupiny VPL vyjádřený mediánem, hodnotou prvního, respektive třetího kvartilu, a minimálními, respektive maximálními hodnotami.

	Podíl vybraných skupin ATB na celkové preskripci v roce 2019				
	V-PNC	ChAmin	CefSp	Makro	Chino
Min	0,0%	0,7%	0,2%	2,2%	0,0%
První kvartil	7,8%	9,4%	4,6%	11,8%	0,9%
Medián	13,4%	16,8%	9,4%	19,9%	2,4%
Třetí kvartil	19,2%	21,8%	12,6%	26,4%	3,9%
Max	36,4%	48,1%	34,6%	45,0%	13,6%

situace, kdy očekáváme, že původce infekce vylučuje β -laktamázu (enzym, který rozkládá amoxicilin) nebo kde onemocnění je závažné (např. těžká pneumonie u pacientů vyššího věku či s komorbiditami).

Graf č. 3

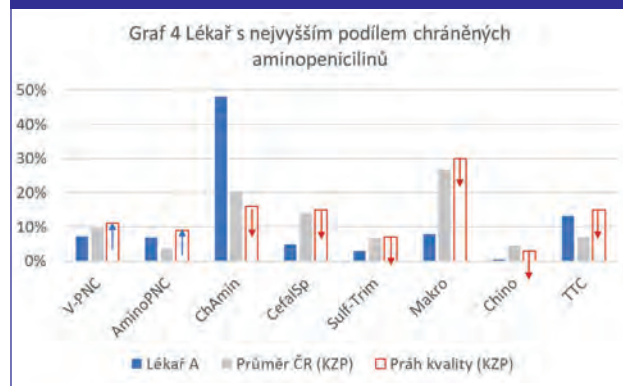


Graf 3 znázorňuje podobné informace **pro makrolidy a pro chinolony**. Odborná společnost všeobecného lékařství t.č. nepovažuje rezistenci na makrolidy za prioritu tak naléhavou jako preskripci ChAmin nebo cefalosporinů, a i proto byl stanoven práh kvality jejich preskripce poměrně vysoko (30 %), což velká většina sledovaných VPL splňuje. Avšak vysoká spotřeba makrolidů není z odborného hlediska zdůvodněna, a to především pro vysokou prevalenci respiračních infekcí způsobených viry a dále pro dominantní roli pneumokoků, které jsou v ČR nadále velmi dobře citlivé k léku

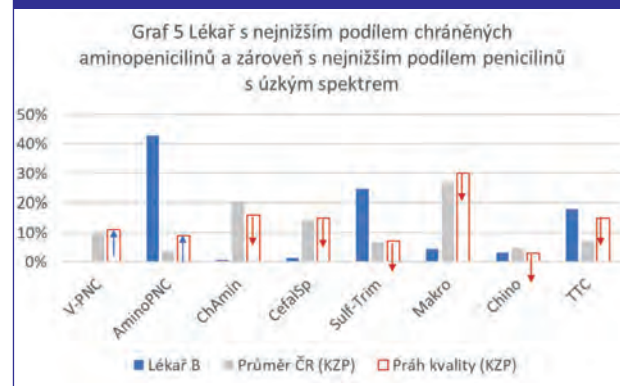
volby bakteriálních infekcí dýchacích cest penicilinu, resp. k amoxicilinu. Makrolidy jsou v zásadě alternativní antibiotika rezervovaná pro pacienty s přecitlivělostí k betalaktamům. Je také třeba upozornit, že makrolidy představují pro pacienty i určité bezpečnostní riziko: klarithromycin je silným inhibitorem CYP3A4 a středně silným inhibitorem glykoproteinu P, což vede k řadě klinicky významných interakcí s běžně užívanými léky. Kromě toho klarithromycin i azithromycin prodlužují interval QT a mohou ve vzácných případech vyvolat potenciálně fatální komorovou arytmiu torsade de pointes zejména u rizikových pacientů, zvláště když jsou současně podány další léky prodlužující QT interval. Chinolony, respektive fluorochinolony, jsou léky, u kterých v roce 2018 z bezpečnostních důvodů došlo v USA i v Evropě ke značnému zúžení jejich indikací a proto by měly být v ambulantním sektoru podávány jen výjimečně¹⁹, práh kvality jejich preskripce byl proto stanoven poměrně přísně, a to na 3 %. Díky osvětové činnosti a pochopení většiny lékařů se fluorochinolony v ČR nikdy nestaly léky první volby u běžných infekcí a tak 29 ze 49 VPL tento relativně přísný práh kvality nepřekročilo.

Preskripci ATB u konkrétního lékaře samozřejmě nelze hodnotit na základě jednoho ukazatele. Pokud by se dotýčný lékař soustředil na plnění pouze jediného ukazatele, např. ChAmin, mohl by přesunout preskripci na jiná méně vhodná ATB, například na cefalosporiny, makrolidy nebo snad i chinolony. Proto byly hodno-

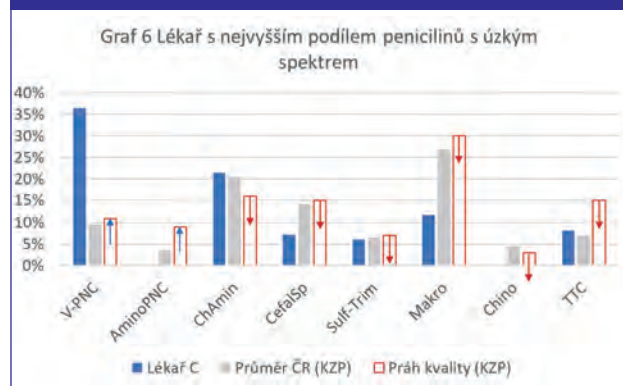
Graf č. 4



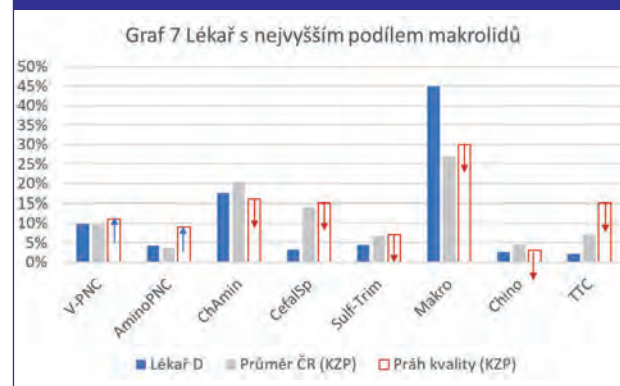
Graf č. 5



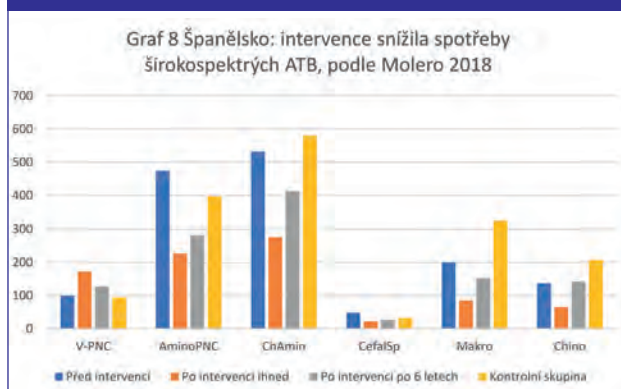
Graf č. 6



Graf č. 7



Graf č. 8



ceným lékařům vždy zaslán graf se všemi důležitými ukazateli se znázorněním jeho preskripce a průměrné preskripce v ČR (KZP). Příkladem jsou grafy 4–7 (uvedené na předchozí stránce), pro rychlejší orientaci jsou v nich znázorněny i hodnoty ukazatelů kvality. Pokud práh kvality znamená, že je vhodné předepisovat tuto ATB skupinu více než činí hodnota ukazatele, je šipka v tomto sloupci obrácena nahoru (V-PNC a AminoPNC), pokud práh znamená, že je vhodné předepisovat méně, je šipka obrácena dolů. Míra naléhavosti je u různých skupin ATB různá, například u TTC je možno za určitých okolností převýšení prahu kvality tolerovat. Na obrázku 5 žádný modrý sloupec znázorňující spotřebu V-PNC není vidět, protože tyto spotřeby byly nulové. Na obrázku 6 nevidíme žádný modrý sloupec pro AminoPNC. V tomto případě však nelze jednoznačně prohlásit, že dotyčný lékař AminoPNC vůbec nepředepisuje, protože někteří lékaři předepisují nehrazený AminoPNC (a výchozí data jsou pouze ATB hrazená pojišťovny – viz výše). Proto je třeba při informování lékařů o jejich preskripci na tento možný artefakt upozornit. Naštěstí u jiných skupin ATB se tento artefakt nevyskytuje.

Diskuse

Poskytování rozborů preskripce předepisujícím lékařům je jednou z metod, které jsou v řadě vyspělých zemí užívány ke zlepšení kvality zdravotní péče již desítky let. Typickými příklady jsou nejen Nizozemí, Velká Británie a Švédsko^{20–24}, ale i mimoevropské země, jako je Kanada nebo Austrálie, kde takové aktivity jsou úspěšně provozovány již přes 20 let, jak uvádí Glasziou et al.²⁵ v přehledovém sdělení o účinných metodách zlepšování preskripce ATB. Častým tématem podpory účelné farmakoterapie bývají ATB. Rychlý nárůst antimikrobiální rezistence v jižní Evropě přiměl některé z těchto zemí přistoupit k rozborům preskripce ATB v rámci specifických programů. Příkladem může být španělská studie Molero et al., 2018²⁶, kdy byla provedena mnohostranná intervence včetně rozboru preskripce ATB předepsaných pro respirační onemocnění u jednotlivých praktických lékařů. Součástí intervence byla i prezentace doporučených postupů, školení zaměřených na předepisování vhodných antibiotik a workshop o rychlých laboratorních testech v ordinaci praktického lékaře. Z grafu 8 je patrné, že vliv intervence výrazně zlepšil kvalitu preskrip-

ce a že tyto změny v omezené míře přetrvaly po dobu 6 let. Údaje o preskripci kontrolní skupiny praktických lékařů, kteří žádnou intervenci nepodstoupili, byly shromážděny současně s údaji skupiny s intervencí zjištěných s odstupem 6 let po výše zmíněných intervencích. Podobně příznivé výsledky byly pozorovány ve Velké Británii ve studii Sun et al., 2019²⁷, kde byli lékaři při dosažení předem domluvených ukazatelů kvality ATB preskripce odměňováni.

V naší české studii bylo původně zamýšleno provést intervenci pro všeobecné praktické lékaře v podobě seminářů, kde by byla data jednotlivým lékařům předána a vysvětlena, to však pro epidemii COVID-19 nebylo možné uskutečnit. Proto byla v našem případě data lékařům (včetně návrhu na interpretaci dat) rozeslána elektronickou cestou a vysvětlení bylo provedeno prostřednictvím webinarů.

Na rozdíl od španělské studie v ČR není možné zjistit diagnózy, pro které byla ATB praktickými lékaři předepsána. Ze zahraničních studií lze odvodit, pro jaké okruhy onemocnění jsou v ambulantním sektoru ATB nejčastěji předepisovány: Ve studii Colliers et al., 2019²⁸, uskutečněné v Belgii v letech 2016–2018, respirační infekce činily 55 %, urogenitální infekce 13 % a kožní infekce 12 %, na čtvrtém místě byly infekce gastrointestinálního traktu 6 %. Ostatní infekce celkem zahrnovaly 8 % případů a v 6 % případů diagnóza nebyla zaznamenána. Podobné informace přinesla i anglická studie Sun et al., 2019 uskutečněná v letech 2014–2017²⁷. Poněkud více urogenitálních infekcí bylo zjištěno v dánské studii Aabenhus et al., 2017²⁹. V ČR je možno na recept uvést diagnózu, pro kterou je léčivý přípravek předepsán, a bylo by v silách pracovníků KZP vyhodnotit preskripci ATB pro jednotlivá onemocnění. Zápis by však musel provést ošetřující lékař, což by představovalo určitou práci navíc. Jistě by nebylo vhodné prosazovat takové opatření hromadně, ale je možno si do budoucna představit, že by byla učiněna dohoda mezi KZP a určitou skupinou lékařů, že by tito v časově omezeném období diagnózu na recept psali (např. v průběhu listopadu). Poté by od KZP obdrželi rozbor své preskripce včetně vyhodnocení indikací pro jednotlivé diagnózy.

V diskusích ohledně rozborů preskripce ATB lékaři upozorňují, že na výběr ATB může kromě diagnózy působit řada dalších vlivů, jako je věk pacienta, pohlaví, pracovní vytížení lékaře, zvláštnosti regionu a přání pacienta. Často je kladena otázka, zda by bylo možné tyto vlivy zohlednit. V anglické studii Wang et al., 2009³⁰, nad databází 8057 praxí praktických lékařů bylo zjištěno, že takové vlivy existují, ale že je jimi možno vysvětlit pouze 17,2 % odchylek. Přitom rozptyl hodnot preskripce ATB byl obrovský: lékaři s nejčastější preskripcí ATB předepisovali pětinašobně více než lékaři s nejnižšími hodnotami a mezi lékaři v 10. a 90. percentilu byl rozdíl dvojnásobný. V holandské studii van der Velden et al., 2020³¹, u 44 praxí praktických lékařů činil medián spotřeb ATB na 1000 pacientoroků 311, mezikvartilové

rozpětí 75–25 (IQR) činilo 368 - 232 = 136 a minimální, respektive maximální hodnoty činily 129, respektive 484 (vždy se jednalo o frekvenci přepočtenou na 1000 pacientoroků). Medián předpisu chráněných aminopenicilinů činil 10,2, IQR činil 12,2 - 8,0 = 4,2 a minimální, respektive maximální hodnoty činily 4,7, respektive 14,9 na 1000 pacientoroků. Ještě větší rozdíly hodnot jednotlivých lékařů byly pozorovány u makrolidů. Medián ATB první volby u tonsilitidy činil 62,5, IQR činil 75 - 50 = 25 a minimální, respektive maximální hodnoty činily 0, respektive 100 (na 1000 pacientoroků). Pozoruhodné je, že autoři v této studii měli přístup k diagnózám pacientů a že i tak s úspěchem užívali indikátory kvality jak celkové (tytéž jako v naší české studii), tak i pro jednotlivé diagnózy (tonsillitis, pneumonie, cystitis). Podobně výrazné rozdíly hodnot indikátorů kvality preskripce ATB jednotlivých lékařů byly zaznamenány i v naší studii, viz výše grafy 1 až 3. Přímé srovnání našich hodnot v ČR a v holandské studii však nelze provést, protože v naší studii jsou prezentována procenta spotřeb, kdežto v holandské studii absolutní hodnoty přepočtené na 1000 pacientoroků.

Závěr

Tato studie prokázala, že i v ČR je možno lékařům poskytovat validní informace o tom, jakou měrou předepisují jednotlivé skupiny ATB. Tyto informace je vždy nutno

vykládat s ohledem na dikci recentních doporučených postupů a měly by být uplatňovány spolu s dalšími nástroji podpory účelné farmakoterapie ATB. Výše uváděné indikátory kvality preskripce ATB byly panelem odborníků stanoveny se značnou benevolentností, aby daly lékařům prostor pro různé odlišnosti například ve smyslu různých věkových kategorií pacientů i ve smyslu různého výskytu diagnóz. Tak jako v jiných zemích by bylo vhodné, aby byly tyto indikátory postupně upravovány tak, aby sloužily předepisujícím lékařům co nejlépe, a aby v případě potřeby mohlo být vyhověno lékařům, kteří by si vyžádali rozbor preskripce ATB i podle diagnóz (viz výše).

Poděkování

Upřímně děkujeme především všem 51 praktickým lékařům, kteří do studie vstoupili a dali souhlas s provedením rozborů preskripce, což nepochybně vyžadovalo značnou část odvahy a sebezapření. Poděkování patří také Sdružení praktických lékařů, které velice pomohlo s organizací studie a pracovníkům Kanceláře zdravotního pojištění, kteří opakovaně reagovali na naše další žádosti a připomínky a provedli solidní rozbor preskripce všem 51 lékařům. V neposlední řadě děkujeme i Společnosti všeobecného lékařství, bez jejíž účasti by nebylo možno sestavit indikátory kvality využívané KZP.

Literatura:

- European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/what-we-do>
- European Centre for Disease Prevention and Control, Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net), Annual Epidemiological Report for 2020. Stockholm: ECDC 2022 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-EARS-Net-2020.pdf>
- Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net), Annual Epidemiological report for 2020 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ESAC-Net%20AER-2020-Antimicrobial-consumption-in-the-EU-EEA.pdf>
- Quality indicators for antibiotic consumption in the community (primary care sector) in Europe 2020, <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/quality-indicators>
- Prokeš M, Kalousek K, Žemličková H, Marešová V, Urbášková P: Kvalita spotřeby antibiotik v České republice v letech 2008-2017. *Practicus* 2018; 17(4): 18-24
- Ministerstvo zdravotnictví: Akční plán Národního antibiotického programu ČR: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/akcni-plan-narodniho-antibiotického-programu_7725_2926_5.html
- Státní zdravotní ústav: <https://szu.cz/tema/narodni-antibioticky-program?highlightWords=narodni%AD+antibioticky+program>
- ZD-PDP2-001- Prevence antibiotické rezistence. Projekt prevence antibiotické rezistence (ZD-PDP2-001) byl podpořen grantem z Fondů EHP 2014–2021 z programu Zdraví, www.eeagrants.cz.
- SÚKL: Spotřeby antibiotik v České republice v letech 2008-2018 – 2. část. Farmakoterapeutické informace 2022; číslo 2, str. 1-2
- Kancelář zdravotního pojištění, <https://kancelarzp.cz> (vstup 23. 8. 2022)
- Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, Subkomise pro antibiotickou politiku (SKAP): Konsensus používání antibiotik I. Peniciliny 2017. Dostupné na <https://www.cls.cz/antibioticka-politika> (vstup 23. 8. 2022)
- Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, Subkomise pro antibiotickou politiku (SKAP). Makrolidy. *Praktický lékař* 2016; 96 (4):166-178. Dostupné na <https://www.cls.cz/antibioticka-politika> (vstup 23. 8. 2022)
- Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, Subkomise pro antibiotickou politiku (SKAP). Cefalosporiny. *Praktický lékař* 2016; 96 (1):32-50. Dostupné na <https://www.cls.cz/antibioticka-politika> (vstup 23. 8. 2022)
- Konsensus používání antibiotik III: Chinolony 2019. Dostupné na <https://www.cls.cz/antibioticka-politika> (vstup 23. 8. 2022)
- Karen I, Kolek V, Roháčová H, et al: Antibiotická terapie respiračních, močových a kožních infekcí v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018, <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy/2017/DP-Antibioticka-terapie-2018.pdf> (vstup 23. 8. 2022)
- Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: Příručka pro praxi: Akutní středoušní zánět, 2016, dostupné na: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-oma.pdf> (vstup 23. 8. 2022)
- Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: Příručka pro praxi: Akutní zánět zevního zvukovodu, 2015, dostupné na: <https://www.otorinolaryngologie.cz/content/uploads/2020/02/ppp-zanet-zevniho-zvukovodu.pdf>
- Kancelář zdravotního pojištění, portál ukazatelů kvality zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění, ambulantní péče. <https://puk.kancelarzp.cz>
- Webové stránky SÚKL, 2018: Fluorochinolonová antibiotika – omezení používání potvrzeno. <https://www.sukl.cz/fluorochinolonova-antibiotika-omezeni-pouzivani-potvrzeno?highlightWords=fluorochinolony> (vstup 24. 8. 2022).
- Corine S. de Vries, Theodorus F.J. Tromp, Lolkje T.W. de Jong-van den Berg: Feedback on prescribing, in: *Drug Consumption in the Netherlands*, Vol 2, Faculteit Farmacie, Utrecht 1997
- Steels S, Gold N, Palin V, et al: Improving our understanding and practice of antibiotic prescribing: A study on the use of social norms feedback letters in primary care. *Int. J Environ Res Public Health* 2021;18(15):2602
- Blad L: Experience with Strama in Sweden. <https://www.spkc.gov.lv/media/4495/download> (vstup 26. 8. 2022)
- <https://strama.se/?lang=en> (vstup 26. 8. 2022)
- Glasziou P, Dartnell J, Biezen R, et al: Antibiotic stewardship: A review of successful, evidence-based primary care strategies. *Aust J Gen Pract* 2022;51(1-2):15-20
- Molero JM, Gómez M, Guerra G, et al: Utilisation of first-line antibiotics six years after a multifaceted intervention. *Rev Esp Quimioter* 2018;31(6): 520-527
- Sun X, Gulliford MC: Reducing antibiotic prescribing in primary care in England from 2014 to 2017: population-based cohort study. *BMJ Open*. 2019 Jul 9;9(7):e023989, doi: 10.1136/bmjopen-2018-023989
- Colliers A, Addriaenssens N, Antierens S et al: Antibiotic Prescribing Quality in Out-of-Hours Primary Care and Critical Appraisal of Disease-Specific Quality Indicators. *Antibiotics (Basel)*. 2019 Jun 12;8(2):79.
- Aabenhus R, Hansen M, Siersma V, et al: Clinical indications for antibiotic use in Danish general practice: results from a nationwide electronic prescription database. *Scand J Prim Health Care* 2017;35(2):162-169
- Wang KY, Seed P, Schofield P, et al: Which practices are high antibiotic prescribers? A cross-sectional analysis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e-315-20
- Van der Velden, Triest MI, Schoffelen AE, et al: Structural antibiotic surveillance and stewardship via indication-linked quality indicators: Pilot in Dutch primary care. *Antibiotics (Basel)* 2020; 9(10):670

Co může přinést ultrazvukové vyšetření břicha asymptomatického pacienta?



MUDr. Igor Romanko

Restrial s.r.o., Praha

Váš praktik Ládvi s.r.o.

Urgentní příjem - SPIN, Všeobecná
fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Zdeněk Hess, Ph.D.

Ordinace všeobecného praktického lékařství s. r. o.,
Česká společnost pro ultrazvuk v medicíně,
Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

MUDr. Luděk Hrdlička

Restrial s.r.o., Praha

Úvod

Ultrazvukové vyšetření (dále jen UZ) břicha je neinvazivní metoda umožňující zobrazení vnitrobřišních orgánů. V současnosti je to levná a dostupná metoda, která nepřináší žádnou radiační zátěž.¹ Pacient může toto vyšetření bez větších problémů podstoupit opakovaně. Má široké využití při skrínigových, diagnostických, kontrolních vyšetřeních a v některých případech také při terapeutických výkonech. UZ břicha není u nás součástí pravidelného skrínigového programu jinak asymptomatických pacientů.

Screeningové programy zaměřené na odhalování vysokých hladin cholesterolu, glykémie apod. dnes již bezpochyby vedou k odhalení těchto nemocí v časném stádiu, což znamená pro mnoho pacientů značný přínos v podobě účinné léčby ve stadiu, kdy tyto nemoci ještě nedošly do stadia komplikací.

I ultrazvukové vyšetření ale může odhalit některá prognosticky závažná onemocnění. Například solidní nádory, nebo jiné patologie vyžadující pravidelné sledování (aneurysma abdominální aorty, polypy žlučníku, jaterní ložiska, nebo renální cysty).^{2,3} Mohou být tak odhaleny patologie, které zpočátku nemusí vyžadovat intervenci, pouze pravidelné sledování. Díky tomu je pak možné intervenovat včas a plánovaně, čímž se předejde pozdním komplikacím. Včasný záchyt závažné patologie tedy může zefektivnit léčbu a zlepšit prognózu pacienta. Například ve Spojeném království běží od roku 2009 skrínigový program na detekci

aneurysmatu břišní aorty u mužů starších 65 let. UZ se ukázal jako bezpečný skrínigový nástroj a časný záchyt a dispenzarizace pacientů prokázal pozitivní vliv jak na mortalitu v souvislosti s aneurysmatem, tak celkovou mortalitu.⁴

Ultrazvukovým vyšetřením je možné zachytit také řadu asymptomatických patologií, kterých znalost může v případě výskytu akutních obtíží urychlit diagnostiku a následnou terapeutickou intervenci. Jde například o cholecystolithiázu nebo nefrolithiázu, které se mohou komplikovat rozvojem koliky nebo zánětu.

V této práci prezentujeme statistická data, která byla získána z jednoho ultrazvukového pracoviště. Na malém souboru bychom rádi demonstrovali, jaké spektrum patologií je možné zachytit vyšetřením u jinak asymptomatického pacienta.

Metody

Výběr souboru

Do souboru jsme retrospektivně zařadili pacienty, u kterých jsme na našem pracovišti provedli UZ vyšetření břicha a zároveň u nich nebyly známy žádné symptomy, které by vedly k indikaci akutního, nebo časného UZ. Zařadili jsme všechna taková vyšetření, která proběhla během 6 měsíců (od října 2020 do dubna 2021). Vyšetření bylo nabízeno pacientům léčeným v našich diabetologických ambulancích a prováděl ho jeden vyšetřující. Všichni vyšetřovaní pacienti tedy měli minimálně diabetes mellitus 1. nebo 2. typu. Data byla shromažďována jako anonymizovaná, tzn. nepracovali jsme s daty obsahujícími identifikaci pacienta. Byl použit přístroj Toshiba Xario 100 s konvexní sondou o frekvenci 3,5 až 7 MHz. Nastavení přístroje odpovídalo potřebě vyšetřujícího v daný okamžik u konkrétního pacienta. Informace o výsledcích následných vyšetření u vybraných pacientů jsme získali z dostupné zdravotnické dokumentace.

Charakteristika souboru

Do souboru jsme zařadili celkem 329 pacientů, z toho 154 mužů (47 %) a 175 žen (53 %). Medián věku u mužů byl 70 let (39–87), u žen 72 let (31–92).

Sledované parametry

Retrospektivně jsme zjišťovali přítomnost jakékoliv významné patologie během vyšetření s výjimkou: prosté lipomatózy pankreatu, prosté steatózy jater, cyst menších než 5 cm (játra, ledviny, slezina), prosté divertikulózy.

Hodnocení

Vyšetřované struktury jsme kategorizovali následovně:

velké cévy, pankreas, žaludek, játra, žlučník a žlučové cesty, ledviny, slezina, močový měchýř, prostata, děloha a ovaria, střevo, jiné. Kategorie „jiné“ zahrnovala ascites, nebo jakékoliv nitrobřišní útvary nebo jiné patologické nálezy.

Jelikož v naší kohortě pacientů byl velmi častý nález lipomatózy pankreatu, z tohoto důvodu jsme ji nezařadili mezi významné nálezy. Pokud byly patrné i jiné známky svědčící pro degenerativní změny pankreatu (nepravidelný okraj, změna echostruktury apod.) byl tento nález označený jako „chronická pankreatopatie“ a kategorizovaný jako významný.

Z důvodu, že prostá steatóza jater byla také velmi častým nálezem, jako významná byla hodnocena pouze v případě současné přítomnosti hepatomegalie, známek svědčící pro hepatopatii (změna echostruktury, nepravidelné kontury, nepravidelný průběh cév), nebo známek portální hypertenze.

Ojedinelé cysty do velikosti 5 cm jsme nepovažovali za významné, pokud se vyskytovaly v játrech, slezině nebo ledvinách a měly vzhled prostých cyst (kategorie Bosniak I-II pro renální cysty). Naopak jakékoliv komplikované cysty (např. hrubé septum, denzní obsah, nehomogenní obsah, ztlustělá stěna apod.), nebo prosté cysty větší než 5 cm byly kategorizovány jako významný nález. Polycystóza jater nebo ledvin byla také označena jako významný nález. S ohledem na obecně limitovanou přehlednost pankreatu, kdy často není možné spolehlivě diagnostikovat prostou cystu/pseudocystu, bylo jakékoliv cystické ložisko v pankreatu kategorizované jako významný nález.

Označení „chronická nefropatie“ zahrnoval nález ledviny malé velikosti (pod 9 cm) a/nebo redukcí parenchymu ledviny a/nebo zvýšenou echogenitu ledviny a/nebo takové změny echostruktury ledviny, při kterých nebylo možné ledviny dobře diferencovat.

Dilatace žlučových cest byla označená za významnou,

pokud byl průměr d. choledochus větší než 6 mm u pacientů bez cholecystektomie a větší než 9 mm u pacientů po cholecystektomii. Dilatace intrahepatálních žlučovodů byla vždy považována za významný nález.

Ložiskové změny na ženských reprodukčních orgánech jsme s ohledem na limitace zobrazení těchto struktur při UZ vyšetření břicha vždy označili za významný nález.

Pro každou zjištěnou významnou patologii jsme vypočetli procentuální podíl z celkového počtu vyšetření. Dále jsme určili procentuální podíl významných nálezů z celkového počtu vyšetření pro jednotlivé orgány. Pro charakteristiku souboru jsme použili metody popisné statistiky (procentuální zastoupení pohlaví, medián věku, podíl významného nálezu z celkového počtu vyšetření).

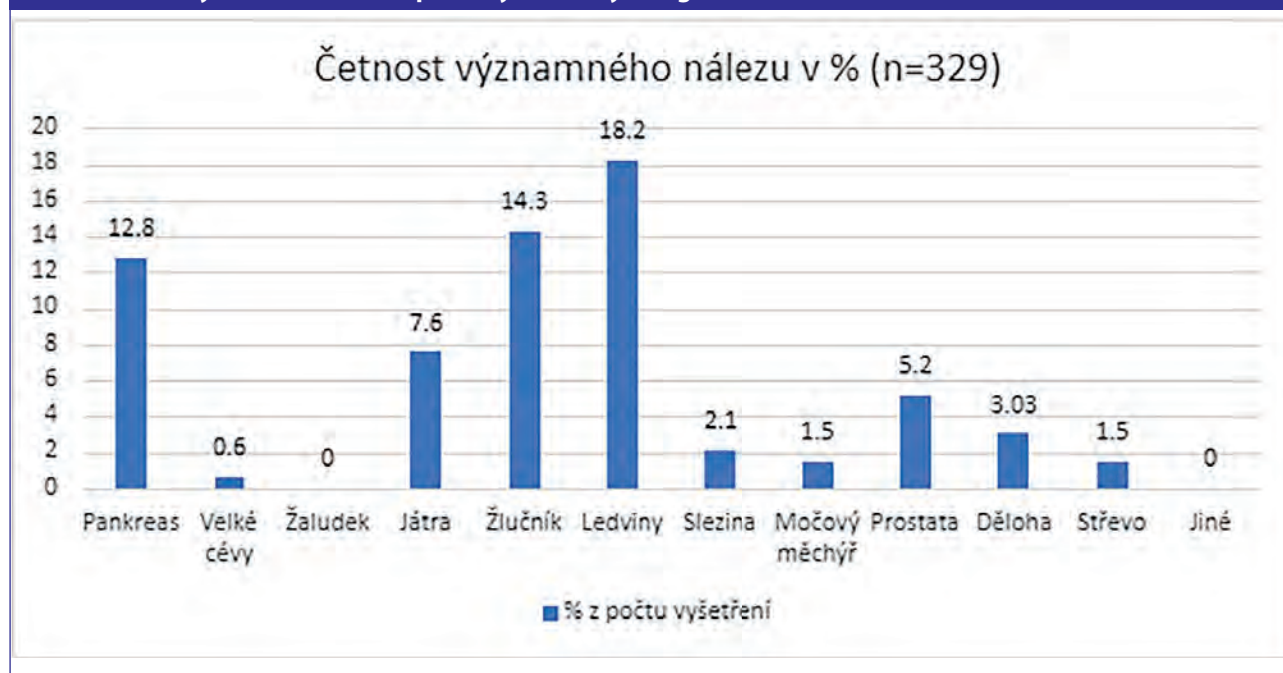
Dále jsme sledovali výsledky diagnostiky v případě záchytu ložisek, komplikovaných cyst, pankreatických cyst a dilatace žlučových cest, protože tyto nálezy jsme považovali za rizikové stran možného nádorového procesu.

Výsledky

Významný nález byl zachycen u 124 pacientů (38 %), z toho bylo 36 mužů a 88 žen. U jednotlivých orgánů se významný nález nejčastěji vyskytoval u ledvin (18,2 %), pak žlučníku (14,2 %), pankreatu (12,7 %), jater (7,6 %), prostaty (5,2 %). Procentuální zastoupení významných nálezů u jednotlivých orgánů ukazuje graf 1. Na žaludku nebyla zachycena žádná významná patologie. Nebyly zachyceny žádné patologické útvary v dutině břišní mimo vyšetřované orgány.

Nejčastější patologií na ledvinách byly známky chronické nefropatie (5,8 %) a nefrolithiáza (5,8 %), dále pak cysty (3,9 %). Nejčastější patologií žlučníku byla cholecystolithiáza (9,1 %), poté dilatace d. choledochus. U pankreatu byl nejčastějším nálezem obraz chronické pankreatopatie (9,1 %), druhým nejčastějším pak ložisko (2,4 %). Nejčastějším patologickým nálezem jater byla

Graf 1. Četnost významného nálezu podle vyšetřovaných orgánů



steatóza (při splnění kritérií uvedených v metodách) (3,03 %), poté obraz hepatopatie (1,8 %). Nejčastějším nálezem na prostatě byla hypertrofie prostaty (5,2 %). Výčet veškerých patologických stavů, které byly zaznamenány na vyšetřovaných orgánech, podrobně ukazuje tabulka 1.

Následná vyšetření a další průběh

Pankreas

Z 8 pacientů, u kterých bylo identifikováno ložisko v pankreatu, 7 podstoupilo CT vyšetření. Ve 3 případech CT potvrdilo cysty/pseudocysty, ve 2 případech cystický adenom pankreatu a ve 2 případech CT vyšetření prokázalo normální nález.

U pacienta s nálezem dilatace d. Wirsungi CT vyšetření nezjistilo ložiskové změny pankreatu.

Cysta pankreatu byla zjištěna u 6 pacientů. 5 pacientů podstoupilo CT vyšetření, z toho u 4 byl potvrzen nález cysty/pseudocysty pankreatu, u 1 pacienta se ložiskové změny neprokázaly. Z těchto 4 pacientů dále 1 podstoupil endosonografii pankreatu, kde byl vysloven závěr na cystoid hlavy pankreatu, u 1 pacientky CT a MRI prokázali nález IPMN (intraduktální pankreatická mucinózní neoplázie).

Velké cévy

U 1 pacienta byl záchyt lymfadenopatie v retroperitoneu. Podle dostupných záznamů další vyšetření neproběhla, protože došlo k úmrtí pacienta.

U 1 pacienta bylo diagnostikováno aneurysma břišní aorty, které vedlo k pravidelné dispenzarizaci.

Játra

Suspektní jaterní ložisko bylo zjištěno u 3 pacientů, kterým bylo doporučeno CT. U 2 CT vyšetření prokázalo prostou jaterní cystu. U 1 pacienta byl nález nejspíše benigní, přesný popis nebyl k dispozici.

U 6 pacientů byl zjištěn obraz difuzní hepatopatie a doporučena elastografie. Dovyšetření absolvovali 2 pacienti, u kterých nebyl podle dostupné dokumentace nález fibrózy.

9 pacientů mělo nález významné steatózy (kritéria viz výše). U žádného z pacientů nebyl k dispozici záznam o tom, zda proběhla elastografie jater.

Žlučové cesty a žlučník

U 6 pacientů byla zjištěna dilatace d. choledochus. Záznamy o kontrolách v čase nebyly dostupné.

7 pacientů mělo patrnou dilataci extrahepatálních i intrahepatálních žlučovýchodů. Z toho 2 pacienti podstoupili MRCP s normálním nálezem, 1 měl kontrolní UZ vyšetření se stacionárním nálezem a u 4 nebyly dostupné údaje o dalším vyšetření.

U 1 pacienta byl nález dilatace pouze intrahepatálních žlučovýchodů, nebyly ale dostupné záznamy, zda proběhlo další vyšetření.

U 1 pacienta byla suspekce na ložisko ve žlučníku, které nebylo potvrzeno následným CT vyšetřením.

U 2 pacientů byl zachycen polyp žlučníku a byli zařazeni do dispenzarizace.

Ledviny

U 9 pacientů byly zachyceny ložiskové změny. V jednom případě se jednalo o známý adenom nadledviny. 8 pacientům bylo doporučeno CT vyšetření, 7 vyšetření absolvovalo. U 5 bylo ložisko vyhodnoceno jako prostá cysta, u 1 pacienta jako komplikovaná prokrváčená cysta k dalšímu sledování a u 1 pacienta se žádné ložisko nepotvrdilo.

U 3 pacientů byla zjištěna komplikovaná cysta a doporučeno CT vyšetření, které proběhlo u všech pacientů. Nálezy nebyly k dispozici.

U 3 pacientů byl nález dilatace pánvičky a doporučeno urologické vyšetření. Z toho 2 pacienti specialistu vyhledali. U 1 pacienta se potvrdila urolitiáza, 1 pacient zůstal v urologické dispenzarizaci (podrobnosti nejsou známy).

Močový měchýř

U 2 pacientů byl nález zesílení stěny močového měchýře. Z toho se u 1 pacienta potvrdil tumor močového měchýře a prostaty, 1 pacient dochází na urologické kontroly, ale nález nebyl k dispozici.

U 2 pacientů byly zjištěny polypy močového měchýře. 1 pacientka podstoupila cystoskopii s nálezem cystické cystitidy, u druhého pacienta nejsou k dispozici nálezy z vyšetření.

Střevo

Zesílení stěny tlustého nebo tenkého střeva bylo zachyceno u 4 pacientů. 1 pacient podstoupil následně kolonoskopii s negativním nálezem. U 3 pacientů nejsou k dispozici nálezy z následných vyšetření

Děloha a ovaria

U 1 pacientky bylo zjištěno suspektní ložisko ovaria. Následné gynekologické vyšetření prokázalo sactosalpinx.

Ovariální cysta se zjistila u 6 pacientek. Z toho u 1 to byla již známá cysta, pro kterou byla dispenzarizovaná. U 5 pacientek nebyly k dispozici informace, zda proběhlo gynekologické vyšetření.

Nejzávažnější nálezy zjištěné z následných vyšetření přehledně shrnuje tabulka 2.

Diskuze

Naše retrospektivní analýza demonstruje široké spektrum patologií, které lze nalézt u jinak asymptomatických jedinců. Pacienti zařazení do této studie měli všichni základní diagnózu diabetes mellitus 2. typu, nejednalo se tedy o neselektovanou kohortu. Vzhledem k mnoha dalším faktorům, které ovlivnily výběr tohoto vzorku (pacienti byli klienty jednoho zdravotnického zařízení v jednom městě, nebyl proveden žádný náhodný výběr apod.), nelze ze souboru vyvozovat jakákoliv prevalenční data, což ani nebylo cílem práce.

Velmi častý výskyt metabolického syndromu, NAFLD a chronického onemocnění ledvin současně s diabetem 2 typu (5,6) se v naší studii odráží ve zvýšeném zachytu nefropatie, chronické pankreatopatie a steatózy jater. Právě to nás vedlo k tomu, že „prostou“ steatózu a lipomatózu pankreatu jsme nepovažovali za významnou

Tabulka 1: Přehled patologických nálezů na jednotlivých orgánech			
Orgán	Nález	Počet	% z celkového počtu
Ledviny	Chronická nefropatie	19	5,78
	Nefrolithiáza	19	5,78
	Cysty	13	3,95
	Cysta větší než 5 cm	11	3,34
	Ložisko	9	2,74
	Komplikovaná cysta	4	1,22
	Hydronefróza	3	0,91
	Angiomyolipom	3	0,91
	Asymetrie velikosti ledvin	1	0,30
Žlučník	Cholecystolithiáza	30	9,12
	Dilatace choledochu	9	2,74
	Dilatace choledochu a intrahepatálních žlučovodů	6	1,82
	Polyp	3	0,91
	Ložisko	2	0,61
	Dilatace intrahepatálních žlučových cest	1	0,30
Pankreas	Chronická pankreatopatie	30	9,09
	Ložisko	8	2,43
	Cysta	6	1,82
	Dilatovaný vývod	1	0,30
Játra	Steatóza	10	3,04
	Hepatopatie	6	1,82
	Ložiska	3	0,91
	Portální hypertenze	3	0,91
	Cirhóza	1	0,30
	Cysta větší než 5 cm	1	0,30
	Dilatace jaterních žil	1	0,30
	Hemangiomy	1	0,30
Prostata	Zvětšená	17	5,16 (10,97% mužů)
Slezina	Splenomegalie	6	1,82
	Ložisko	1	0,30
Děloha a ovaria	Cysta ovaria	6	1,82
	Myom	3	0,91
	Ložisko ovaria	1	0,30
Močový měchýř	Polyp	2	0,60
	Lokalizované zesílení	2	0,60
	Lithiáza	1	0,30
Střevo	Zesílení stěny	4	1,21
Velké cévy	Aneurysma	1	0,30
	Lymfadenopatie retroperitonální	1	0,30
Žaludek	/	0	/
Jiné	/	0	/

Tabulka 2: Přehled nejzávažnějších nálezů zjištěných z následných vyšetření.		
Orgán	Diagnóza	Počet
Pankreas	Cystický adenom	2
	IPMN	1
	Cystický tumor	1
Ledviny	Ureterolithiáza, městnání v ledvině	1
	Komplikovaná cysta	1
Močový měchýř	Tumor	1

patologii. Lipomatóza pankreatu se může vyskytovat ve více stádiích v závislosti na míře tukové degenerace žlázy. V literatuře lze najít publikace, které se věnují gradingu lipomatózy.⁷ Pokud bychom navázali na práci polských autorů, pak by naše kategorizace lipomatózy s obrazem chronické pankreatopatie odpovídala třetímu stupni lipomatózy pankreatu.

Známky chronické nefropatie na ultrazvukovém vyšetření nejsou zcela specifické a různá renální onemocnění mohou vykazovat podobný morfologický obraz.⁸ Takový nálezn může vést k pečlivějšímu sledování renálních funkcí, obzvláště u diabetiků.

Diabetes mellitus zvyšuje riziko vzniku nádorového onemocnění.⁹ Při vyšetřování diabetické populace lze proto očekávat zvýšený záchyt nádorů, nebo suspektních ložisek vyžadujících další vyšetření. UZ břicha může v některých případech pomoci odhalit nádorové ložisko v časném stádiu nemoci. Pacient má pak větší šanci na to, že léčba bude kurativní. Vždy ovšem záleží na typu nádoru a rozsahu postižení. UZ má význam zejména při diagnostice nádorů jater, žlučových cest, pankreatu, ledvin a močového měchýře.

V případě cystických ložisek pankreatu je dalšími vyšetřeními možné odhalit maligní ložiska, nebo prekancerózy (např. IPMN), což demonstrujeme také v naší práci.¹⁰ Podle vývoje procesu v čase (sledování výskytů znaků podezřelých z malignity) je možné rozhodnout o plánovaném operačním výkonu a odstranit tak ložisko včas. Podrobnosti lze nalézt v příslušných doporučených postupech. Pro cystická ložiska se doporučuje pravidelné sledování. V našem souboru se díky UZ a následným vyšetřením do dispenzarizace pro ložisko pankreatu dostalo 9 pacientů. Na příklad v Japonsku se UZ břicha ukázalo jako levná a efektivní skrínigová metoda pacientů s rodinnou zátěží karcinomu pankreatu.¹¹

Jiné patologické nálezy mohou vést k dispenzárním kontrolám. Pravidelným sledováním vývoje je možné včas naplánovat intervenční výkon, který je často doprovázený nižším perioperačním rizikem, než výkon akutní. Například AAA (pokud se nejedná o pokročilý nálezn) zpočátku vyžaduje pouze pravidelné sledování. Většinou bývá asymptomatické a diagnostikuje se jako vedlejší nálezn při vyšetření z jiných příčin. Znalost této diagnózy může při akutním stavu (akutní bolest břicha) významně pomoci v managementu pacienta, protože nutí vzít do úvahy možnost akutního aortálního syndromu, který si vyžaduje urgentní řešení. Skrínigové UZ vyšetření břišní aorty je levné, šetří výdaje na péči, snižuje mortalitu na AAA a koreluje s CT náleznem. Vhodný je zejména pro muže v seniorském věku.^{4,12,13} Zavedení rutinního skrínigu aneurysmatu abdominální aorty je v literatuře diskutovaným tématem.¹⁴ Tento program funguje napří-

klad ve Spojeném království, Švédsku či USA. Rozměr aorty považovaný za významný a frekvence sledování se v jednotlivých zemích liší. Při rozměru aneurysmatu 50–55 mm by měl být pacient odeslán na pracoviště cévní chirurgie.⁴ V České republice je k dispozici doporučený postup České kardiologické společnosti, který se věnuje péči o pacienty a s aneurysmatem břišní aorty.¹⁵ Skrínigový program ale zatím zaveden není.

Dalším příkladem, mohou být renální cysty. U komplikovaných cyst (např. nepravidelná stěna, multilokulární cysty, ztlustění sept nebo stěny, kalcifikace v septech nebo stěně, solidní formace v cystě) může časná diagnostika vést k pravidelné dispenzarizaci. Tím je možné včas zachytit případnou progresi nálezu a indikovat další vyšetření, případně intervenční zákrok. Pacient tak může být ušetřen komplikací, či pozdní diagnózy neoplastického procesu. UZ sice není metodou, u které je možné použít Bosniakovu klasifikaci, může ale poskytnout cenné diagnostické údaje, má dominantní postavení jako metoda „první linie“.¹⁶ Cysty Bosniak III mají dle literatury 50% riziko malignity, cysty Bosniak IV až 90%. U nálezu Bosniak II není jednoznačná prevalence maligních ložisek. Všechny tyto léze by měly mít následně provedené CT vyšetření, nebo MRI, podle kterých se pak určí další postup.^{3,8,17}

Dilatace žlučových cest může být normálním náleznem u pacientů po cholecystektomii. Při současné dilataci extrahepatálních i intrahepatálních žlučovodů je vhodné uvažovat o možné obstrukci (např. nádor, choledocholithiáza, stenóza žlučovodu). Pro určení dalšího postupu je rozhodující kombinace sonografického, klinického a laboratorního nálezu.¹⁸ Podle nálezu lze odhadnout pravděpodobnost obstrukce žlučových cest a pacienta případně dovyšetřit další zobrazovací metodou (např. ERCP, MRCP), nebo provádět pravidelné UZ kontroly, zda nedochází k progresi dilatace.

Závěr

Autoři této malé retrospektivní studie se domnívají, že UZ vyšetření asymptomatického pacienta má potenciál odhalit i prognosticky významné patologie v časném stádiu. Mohlo by se stát součástí pravidelného skrínigového vyšetření. Otázkou bude ekonomická stránka takového postupu a nastavení vhodných časových intervalů. Jistě by bylo zajímavé zjistit, zda časná diagnostika může napomoci k úspoře nákladů na zdravotní péči, podobně jako v případě zmíněného skrínigu aneurysmatu abdominální aorty.

Literatura dostupná u autora

Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení



MUDr. Jana Venclová

ředitelka sekce lékařské posudkové služby ČSSZ Praha

MUDr. Jana Venclová, ředitelka odboru lékařské posudkové služby ČSSZ. Atestaci z nástavbového oboru posudkové lékařství získala v roce 1999, v roce 2010 byla jmenována znalcem z oboru zdravotnictví, odvětví posudkové lékařství. Po dobu čtrnácti let pracovala na Okresní správě sociálního zabezpečení, od roku 2016 pracuje na ústředí ČSSZ

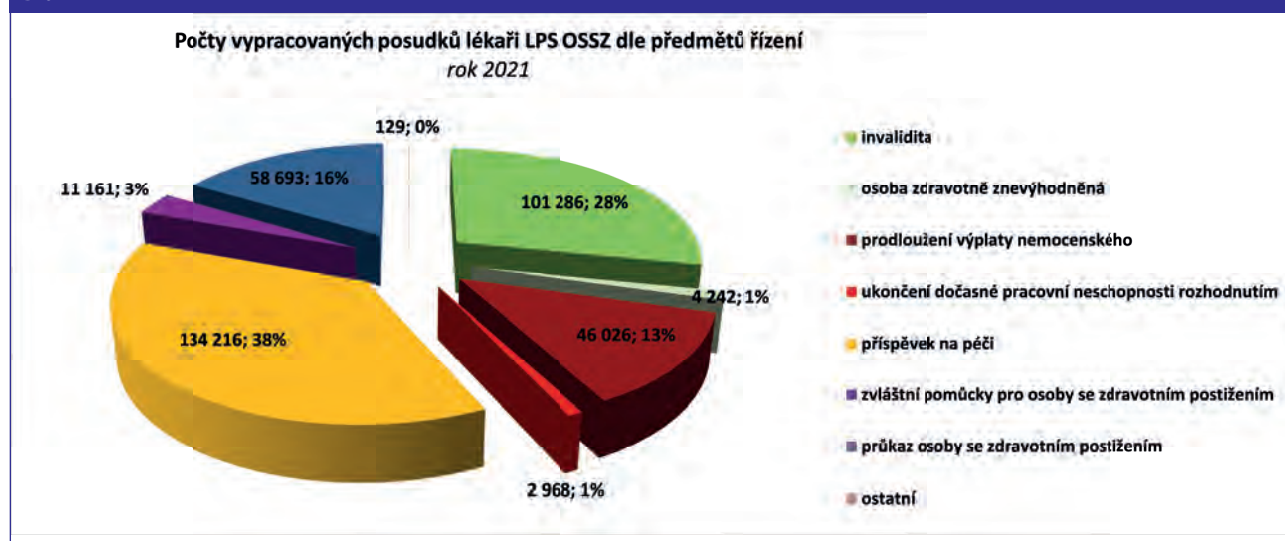
Praktičtí lékaři jsou ošetřujícími lékaři, po kterých žádá Okresní správa sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ) nejčastěji spolupráci. Tato spolupráce se týká posuzování zdravotního stavu pojištěnců pro účely nemocenského pojištění, ale také poskytování podkladů pro posuzování zdravotního stavu lékařů oddělení lékařské posudkové služby OSSZ (dále jen LPS) pro účely zákonů o sociálním zabezpečení. Ošetřujícího lékaře žádá OSSZ o vyšetření jeho pacienta se zápisem zjištěného nálezu do formuláře LPS. Interaktivní forma tiskopisu je ke stažení na ePortálu České správy sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ) v sekci Tiskopisy pro lékaře: <https://eportal.cssz.cz/web/portal/tiskopisy>

-pro-lekare. Po vyplnění lze odeslat do datové schránky příslušné OSSZ. ČSSZ připravuje nový formulář, který by se měl odesílat podobně jako nyní eNeschopenka. Praktické lékaře sice hodně zajímá, jak je to s vystavováním, vedením a ukončováním dočasné pracovní neschopnosti (dále jen DPN), ale pro lékaře oddělení LPS to je maximálně 14 % jejich pracovní činnosti (graf č. 1). Proto byl workshop o LPS na výroční konferenci SVL ČLS JEP v pátek 11. listopadu 2022 zaměřen na posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Úmyslem bylo upozornit na mantinely, ve kterých LPS posuzuje.

LPS je orgánem správ sociálního zabezpečení, který pro oprávněný úřad vypracovává odborné stanovisko ve formě posudku. Posudek je podkladem pro rozhodnutí OSSZ, ČSSZ, ale také poboček úřadu práce České republiky (dále jen ÚP ČR). Klient si v případě potřeby vždy žádá o nějakou dávku nebo výhodu. O posouzení zdravotního stavu klienta lékařem oddělení LPS žádá oddělení důchodového (invalidita) nebo nemocenského (prodloužení podpůrčí doby pro účely pokračování ve výplatě nemocenského) oddělení OSSZ nebo ÚP ČR (průkaz OZP, příspěvek na péči, příspěvek na zvláštní pomůcku). Posudek může lékař oddělení LPS OSSZ nebo ČSSZ vypracovat jen v souladu s platnými zákony. Nejčastěji to je pro účely žádosti klienta, ale může to být také termínem určená kontrola zdravotního stavu nebo vyvolání řízení z moci úřední na podkladě nových posudkové významných zjištění. Taková zjištění plynou z recenzí posudků, ale také z podnětů policie, soudů, upozornění občanů, žádosti z kanceláře veřejného ochránce práv (VOP).

Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního

Graf 1



zabezpečení provádí lékaři OSSZ, posudek je jedním z podkladů pro vydání prvoinstančního rozhodnutí. V případě nesouhlasu s rozhodnutím ČSSZ nebo pobočky ÚP ČR může se klient odvolat. Posouzení zdravotního stavu pro přezkumné řízení pojistné agendy provádí lékař oddělení LPS ČSSZ: pro důchodové účely se jedná o námitkové řízení, pro účely nemocenského pojištění o řízení odvolací. Odvolací instancí pro nepojistnou agendu je MPSV, jeho posudková komise (PK) vypracovává posudky pro odvolací řízení ve věci průkazů OZP, zvláštních pomůcek a příspěvků na péči, ale také pro soudní přezkum invalidity.

Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení je vázáno platnou legislativou. LPS je zmíněna v několika zákonech. V § 8 zákona č. 582/1991 Sb.¹ je vyjmenováno, pro jaké účely OSSZ posuzuje. Co zde není uvedeno, to LPS posuzovat nemůže. Zákon o důchodovém pojištění² je prováděný např. nařízením vlády, kterým se stanoví seznam nemocí z povolání a vyhláškou č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity. V příloze k této vyhlášce jsou stanoveny procentní míry poklesu pracovní schopnosti, které jsou návodem k jejímu posuzování. Hodnocení zdravotního stavu a poklesu pracovní schopnosti je buď příloze odpovídající, nebo svým dopadem srovnatelné. Invalidita je stav prokazatelně způsobující omezení schopnosti výdělků, není to odměna ani odškodnění za nemoc či úraz. Dle zákona o nemocenském pojištění³ se vyplácí 6 dávek: nemocenské – peněžitá pomoc v mateřství – otcovská – ošetřovné – dlouhodobé ošetřovné – vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Jak vyplývá již z názvů těchto dvou zákonů, tak zde je zdravotní podmínka jednou z podmínek pro přiznání dávky, kdy musí být splněna také podmínka dávková. Klient musí být nejen nemocen, ale také dostatečně dlouhou dobu pojištěn. LPS to souhrnně nazývá posuzováním pro pojistnou agendu. K získání dávky z nepojistného systému není nutné mít dobu nějakého pojištění, stačí být občanem ČR a splnit zdravotní podmínku. Podkladem pro rozhodnutí vydávaná pobočkou ÚP ČR jsou posudky OSSZ, které se vypracovávají dle platných zákonů. Zákon č. 329/2011 Sb.⁴ se věnuje dvěma druhům dávek: příspěvku na mobilitu a příspěvku na zakoupení zvláštní pomůcky. Zákon má svou přílohu a prováděcí vyhlášku č. 388/2011 Sb. s jejími přílohami (vyjmenovává podmínky pro uznání průkazu OZP a příspěvku na zvláštní pomůcku). Posudkoví lékaři aplikují ve shodě s prováděcími předpisy posudková kritéria na objektivně zjištěné funkční poruchy zdraví. Příspěvek na péči je v zákoně o sociálních službách.⁵ Má prováděcí vyhlášku č. 505/2006 Sb., kde jsou definice různých pojmů, například co je přijatelný standard, jaká musí být tíže poruchy

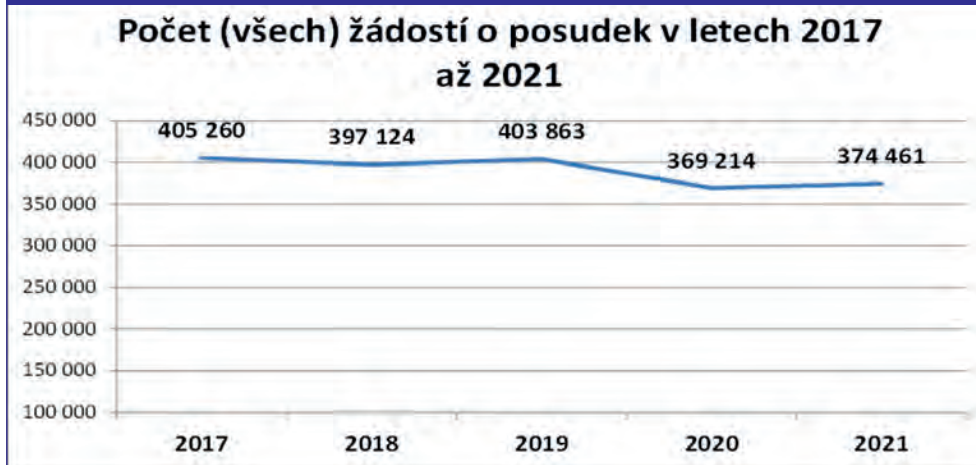
apod. V příloze č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. jsou vymezeny schopnosti zvládat základní životní potřeby (ZŽP). K jednotné aplikaci posudkových kritérií posudkovými lékaři slouží jako pomůcka instrukce vydávané koncepčním orgánem, kterým je MPSV. Na podkladě instrukcí s popsáním praktických pracovních postupů pak ČSSZ vydává své metodické pokyny.

Posuzování zdravotního stavu v systému sociálního zabezpečení je věcí výlučně odbornou, dle zákonné specifikace do roku konce 2022 mohl posudek vypracovat jen lékař. Od 1. 1. 2023 je zákonem upraveno, že posudek pro účely sociálního zabezpečení může vypracovat také odborný nelékařský zdravotnický pracovník (ONZP). Posudek ONZP musí být schválen a podepsán posudkovým lékařem. Uvedené je velkým průlomem v lékařské posudkové službě. ONZP jsou vysokoškolsky vzdělaní zdravotníci, např. všeobecné sestry, dětské sestry, ergoterapeuti, zdravotně sociální pracovníci, zdravotničtí záchranáři nebo fyzioterapeuti. Plán je obsadit takto vzdělanými zaměstnanci až 160 míst s tím, že postupně nahradí chybějící a odcházející lékaře oddělení LPS OSSZ, může posudek vypracovat jen lékař. Principem posudkového lékařství je hodnotit existující lékařské zprávy a nálezy. Posudek je vypracován zejména na podkladě zdravotnické dokumentace, zjištění jsou implementována do platného právního rámce. Důraz je kladen na požadavek zjištění skutečného stavu věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti (ustan. § 2 a § 3 Správního řádu). Posudek musí být přesvědčivý, úplný, konzistentní, a tím přezkoumatelný. Posudkové lékařství je lékařský obor, vzdělávání pro získání nástavbové specializace organizuje katedra posudkového lékařství IPVZ. Posudkové lékařství je také jedním z odvětví znaleckého oboru zdravotnictví. Vzdělávání ONZP pro účely sociálního zabezpečení bude prováděno cestou certifikovaného kurzu pro nelékařské pracovníky na akreditačním pracovišti.

Pro posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení na odděleních LPS OSSZ již řadu let není dostatečný počet posudkových lékařů proto byla provedena koncepční změna a do procesu posuzování byli od 1. 1. 2023 nově zařazeni ONZP. Proces posuzování zdravotního stavu je kolektivní prací. Přípravu zajišťují referenti/referentky a na některých OSSZ také odborní asistenti/odborné asistentky posudkového lékaře (OAPL). Posudek vyhotovují lékaři/lékařky a od 1. 1. 2023 také ONZP.

V době od 1. 1. do 18. 11. 2022 došlo na oddělení LPS 338 666 žádostí o posouzení zdravotního stavu, vypracováno bylo 333 225 posudků. Graf č. 2 ukazuje celkový pokles žádostí o posudek, ale nejedná o pokles počtu žádostí od klientů. Celkové snížení je pro zásadní pokles nařizovaných kontrolních prohlídek a zvýšení počtu

Graf 2



posudků s trvalou platností. Kontrolu zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení lékař LPS stanovuje jen v případě, kdy lze očekávat zlepšení nebo stabilizaci stavu a tím snížení stupně v posudkovém hodnocení. Jedním ze základních pojmů v posudkovém lékařství je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (DNZS). Je to první skutečnost, kterou lékař oddělení LPS zkoumá. Musí se jednat o stav, který trvá déle než rok nebo lze předpokládat, že bude déle než rok trvat. Pro účely invalidity se zkoumá dopad DNZS na pracovní schopnost. Pro účely průkazu OZP se zkoumá dopad DNZS na mobilitu/orientaci. Pro účely příspěvku na péči se posuzuje stupeň závislosti na péči, tedy dopad DNZS na zvládnání základních životních potřeb (ZŽP). Pro účely poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku je výčet zdravotních podmínek taxativní. Správné určení DNZS vyžaduje komplexní medicínské a legislativní znalosti. Lékař oddělení LPS v posudku hodnotí objektivní funkční poruchu a její tíži, někdy musí použít i kvalifikovaný medicínský odhad. Pro všechny lékaře platí, že se zdravotní stav zjišťuje.

Obsah posudku je daný legislativou, ze které vychází metodika. Nejprve lékař oddělení LPS z dokumentace zjistí, která porucha zdraví je posudkově nejvýznamnější. Pokračuje ne/uznáním DNZS. Pokud se o DNZS jedná, je třeba určit, od kdy je DNZS s posudkovým dopadem. Může dojít k rozdílnému hodnocení podle specifikace druhu řízení, protože se zdravotní podmínka posuzuje podle různých zákonů. V posudku musí lékař oddělení LPS zdůvodnit svůj posudkový závěr vycházející z posudkově významných podkladů, musí správně aplikovat zákonná pravidla a pak zvolit odpovídající výroky. Nakonec stanoví, zda je posudkově důvodné omezit platnost posudku.

Největší objem žádostí o posudek doručovaný na OSSZ /ONZP je pro účely příspěvku na péči, lékař oddělení LPS pro tento účel posuzují stupeň závislosti na každodenní pomoci jiné fyzické osoby. Podkladem pro takový posudek je nejen zdravotnická dokumentace, ale také záznam ze sociálního šetření. Při hodnocení stupně závislosti se posuzuje, zda klient zkoumanou ZŽP nezvládne samostatně v přijatelném standardu ani s běžnými facilitátory. Uznat potřebu za nezvládanou lze jen tehdy, pokud je tíže poruchy úplná, nebo aspoň velmi těžká.

Potřeba pomoci musí být každodenní a musí existovat příčinná souvislost mezi udávanými poruchami a nezvládnáním aktivit. Zkoumaných ZŽP je u dospělých osob deset, u osob do 18 let věku se nehodnotí péče o domácnost, takže se jejich posuzuje devět. Výčtem se jedná o těchto deset ZŽP: mobilita – orientace – komunikace – stravování – oblékání s obouváním – tělesná hygiena – péče o zdraví – osobní aktivity – péče o domácnost. Podle počtu nezvládaných ZŽP je určen stupeň závislosti a z toho plynoucí měsíční příspěvek vyplácený z pobočky ÚP ČR, ze kterého si má klient platit potřebnou pomoc.

< 18 let	nezvl. ZŽP	výše v Kč
SZ I	3	3 300
SZ II	4 až 5	6 600
SZ III	6 až 7	13 900
SZ IV	8 až 9	19 200

> 18 let	nezvl. ZŽP	výše v Kč
SZ I	3 až 4	880
SZ II	5 až 6	4 400
SZ III	7 až 8	12 800
SZ IV	9 až 10	19 200

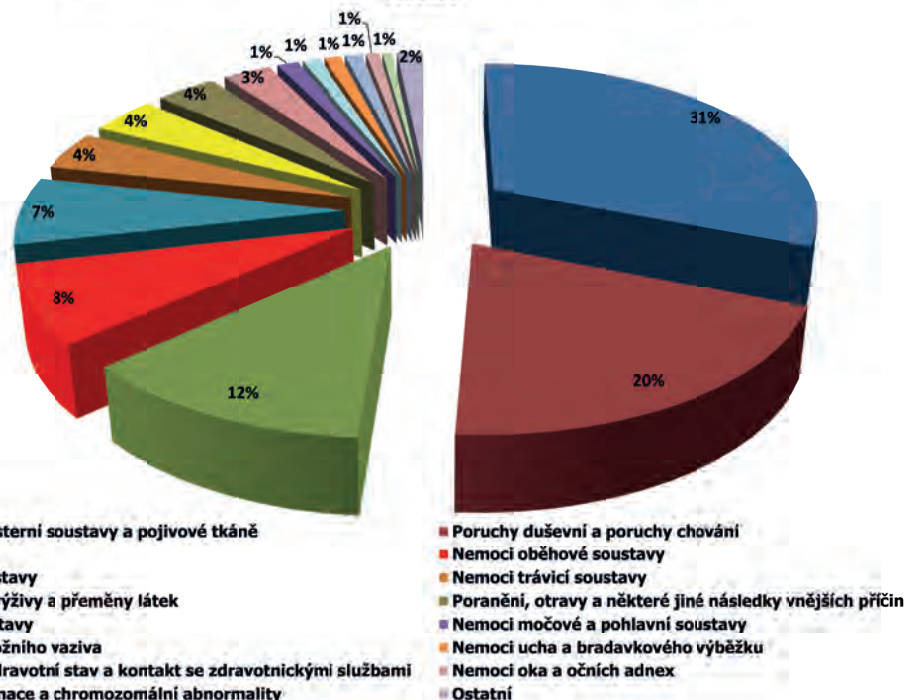
Nejčastější chronická onemocnění uváděná jako důvod pro uznání závislosti na péči osob do 18 let věku patří do skupiny psychických poruch (55 %), následuje skupina onemocnění neurologických (10 %), endokrinních (8 %) a následky vrozených vad (8 %). U osob starších 18 let věku jsou nejčastějšími poruchami zdraví pro uznání závislosti na péči nemoci kardiovaskulární soustavy (25 %), pak onemocnění svalové a kosterní soustavy (18 %), třetí jsou psychické poruchy (16 %). Při posuzování pro účely invalidity je nejčetnější posuzovanou poruchou zdraví onemocnění pohybového a axiálního systému (31 %), poté poruchy duševní (20 %) a novotvary (12 %). Graf č. 3

Klasifikace, klasifikační systémy

Posudkoví lékaři pracují stejně jako lékaři ošetřující s různými klasifikačními systémy. Dosud platí desátá revize MKN-10, ale už od května 2019 se pracuje na 11. revizi MKN. Od léta 2020 v ČR pracuje mezesortní pracovní komise na školeních, přípravách a překladech. Změny v kódování se mají týkat také větší úrovně klinického detailu s možností kombinování kódů. Většina položek bude obsahovat vysvětlující popis, resp. definici. Také dojde ke změně z typické knihy k informačním databázím. Bude zde větší podíl posudkové práce OL, protože dojde také ke kódování projevů, příčin poranění, míry závažnosti apod. Zavedení předpokládá rozšíření elektronizace, což vítá i ČSSZ.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) je zavedena sdělením Českého statistického úřadu ze dne 17. září 2020. Český statistický

Graf 3

Nejčastější příčiny posouzení zdravotního stavu pro účely invalidity dle kapitol MKN-10
rok 2021

ký úřad ve spolupráci s MZ ČR zavedl MKF s účinností od 1. října 2020. Klasifikace je určena pro měření zdravotního postižení, umožňuje standardizované objektivní hodnocení funkčních schopností, hodnocení stupně disability (zdravotního postižení), pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení a zaměstnanosti. Platné znění klasifikace MKF je v aktuálním znění k dispozici v elektronické podobě na internetových stránkách ÚZIS (<http://www.uzis.cz/mkf>, <http://www.uzis.cz>).

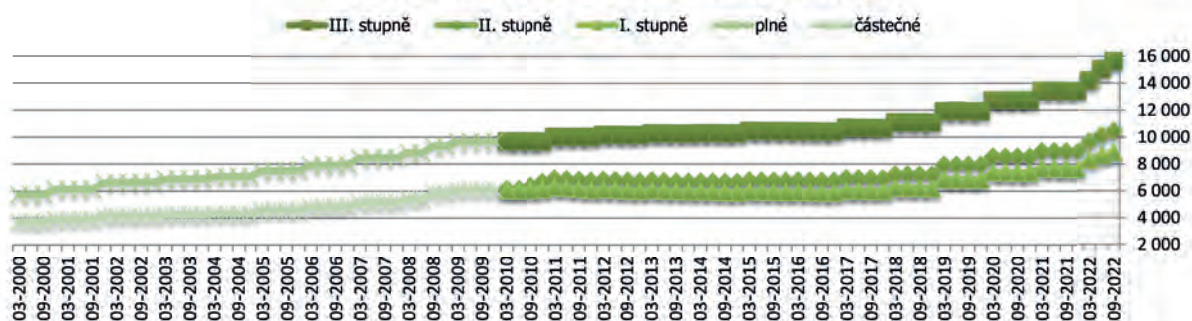
Z roku 2017 je výsledek výzkumného projektu MPSV a TA ČR „Standardy délky trvání dočasné pracovní

neschopnosti u vybraných diagnóz dle MKN-10“. Do roku 2022 byl projekt v další etapě u dalších poruch zdraví – je to výzkumný projekt „Stanovení standardů délky trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti podle zdravotních příčin“. Záměrem je navázat předmětné standardy na funkce eNeschopenky tak, aby s nimi mohli pracovat ošetřující lékaři i lékaři posudkoví. Brožovaná publikace o standardech je ke stažení na stránkách MPSV: https://www.mpsv.cz/documents/20142/577460/Standardy_delky_trvani_docasne_pracovni_neschopnosti_u_vybranych_diagnoz.pdf/8b16e58a-e416-2263-4413-ce965365072e

Průměrná výše invalidního důchodu k 09/2022

	INV I. stupně	INV II. stupně	INV III. stupně	starobní důchod
ženy	8 640 Kč	10 105 Kč	15 151 Kč	16 447 Kč
muži	9 247 Kč	10 808 Kč	16 010 Kč	19 734 Kč

Průměrná výše sólo invalidních důchodů



Uznáním invalidity posudkovým lékařem nemusí dojít k přiznání invalidního důchodu. Zákon o důchodovém pojištění stanoví, kolik let musí být odváděno důchodového pojištění, aby nárok na výplatu vznikl. Potřebná doba důchodového pojištění osob do 20 let je méně než jeden rok a postupně se zvyšuje, od 28 let věku je nutné trvání pojištění aspoň pět let v posledních deseti letech. Nad 38 let věku stačí také deset let pojištění v posledních dvaceti letech. Doba pojištění se nezkoumá v případě, kdy je invalidita uznaná v souvislosti s pracovním úrazem nebo nemocí z povolání. Invalidní důchod lze v mimořádných případech přiznat osobám, které se pro nemoc nebo úraz nemohly připravovat na budoucí povolání a ze stejného důvodu nemohly ani nikdy pracovat. Těmto mladistvým lze po ukončení povinné školní docházky přiznat po dovršení 18 let věku invalidní důchod pro invaliditu z mládí se vznikem invalidity před 18. rokem věku.

Z praxe posudkového lékaře:

Kazuistika č. 1:

Pacient má chronické nemoci, pro které bere léky a má režimová opatření. Je po několika operačních výkonech. Podal si žádost o invalidní důchod, protože se cítí omezen ve volnočasových aktivitách a z práce chodí unavený. Uznán invalidním nebyl. Jeho OL se diví, pacient se zlobí.

Vysvětlení:

Invalidita není totéž, co diagnóza ani „stav po...“. Operace je léčbou, která je indikovaná a provedená za účelem zlepšení zdravotního stavu. Pro účely invalidity se nehodnotí diagnóza, ale zdravotní stav a jeho dopad na pracovní schopnost. Osoba, která vykonává obvyklou pracovní činnost ve standardním úvazku, nemá omezenou pracovní schopnost ve smyslu zákona o důchodovém pojištění, proto není invalidní.

Kazuistika č. 2

Pacient je po těžkém úrazu, ale není nemocensky pojištěn, takže mu nevznikl nárok na výplatu nemocenského. Leží na ARO, je na tom špatně, nemůže provozovat své podnikání. Podle mínění rodiny i ošetřujících lékařů musí určitě hned dostat důchod, nejlépe ode dne úrazu, to je přece jasné nebo ne?

Vysvětlení:

Absence nemocenského pojištění z jakéhokoliv důvodu není automaticky důvod k uznání invalidity, natož ode dne úrazu nebo jiné zdravotní příhody. DNZS se pro účely sociálního zabezpečení hodnotí až v době stabilizace stavu, event. po objektivním zjištění, že je stav léčebně neovlivnitelný. To prakticky nikdy nemůžeme vědět v den úrazu.

Kazuistika č. 3

Pacient pobírá mnoho let rentu pro následky pracovního úrazu nebo nemoci z povolání (NzP). Rentou je zabezpečen natolik, že posledních 20 let není zaměstnán ani nevykonává žádnou práci, ze které by odváděl důchodové pojištění. Invalidní pro následky pracovního úrazu/NzP uznán nebyl. V průběhu času se u pacienta rozvinulo závažné interní onemocnění, které skončilo orgánovým selháním. Stav byl stabilizován, ale trvá těžká funkční porucha. Ošetřující lékař v dobré víře poradil svému pacientovi, aby si podal žádost o invalidní důchod, protože je těžce nemocen a práce zcela neschopen. Co se stalo? Pacient byl uznán invalidním III. stupně pro orgánové selhávání, posudek předložil komerční pojišťovně, a ta mu zastavila výplatu renty. ČSSZ mu zaslala rozhodnutí, že sice byl uznán posudkem lékaře OSSZ invalidní III. stupně, ale pro nesplnění podmínky důchodového pojištění mu žádná výplata invalidního důchodu nenáleží. Přišel o rentu a důchod nedostal.

Vysvětlení:

Uznání NzP se provádí podle jiného právního předpisu než uznání invalidity. Následky pracovního úrazu mohou být důvodem k dlouhodobému pozbytí pracovní schopnosti, aniž by byly důvodem k invaliditě. Pokud je posudkem OSSZ/ČSSZ uznána invalidita z příčin obecných, může pacient přijít o rentu uznanou pro pracovní úraz/NzP a nic s tím už nikdo neudělá. Než ošetřující lékař cokoliv doporučí, měl by mít všechny informace a znalosti, aby jeho doporučení pacienta nepoškodilo.

Shrnutí pro praxi

Pro přiznání invalidního důchodu je třeba mít uznanou invaliditu a zároveň mít potřebnou dobu důchodového pojištění. Invalidita není totéž co diagnóza a neuznává se pro anamnestické skutečnosti. Pro účely invalidity hodnotí posudkový lékař zdravotní stav a pracovní schopnost. Invalidní důchod není odškodnění za nemoc nebo úraz. Pro účely závislosti na péči hodnotí posudkový lékař nevládní základních životních potřeb pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, nikoliv pro neznalost činnosti nebo pro poskytovanou hyperprotektivní péči.

Přehled literatury:

- 1 Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- 2 Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
- 3 Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění
- 4 Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
- 5 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Proč je tak těžké zhubnout a svou hmotnost udržet?

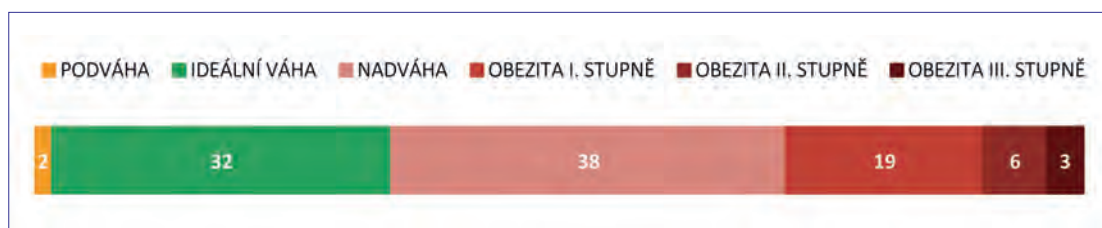


MUDr. Klaudia Hálová-Karoliová

Diabetologická a endokrinologická ambulance
Poliklinika Praha 4

I toutle otázkou se zabýval workshop zaměřený na řešení problémů spojených s nadváhou a obezitou.

Na začátku si musíme přiznat, že daná problematika se v dnešní době týká celých dvou třetin dospělé české populace, a to se nijak významně nevymykáme z celosvětového průměru:



Nadváha či obezita se řadí mezi závažné choroby, které nám jednoznačně zkracují délku života a jsou spojeny s řadou přidružených onemocnění.

Obézní lidem hrozí především onemocnění kardiovaskulárního systému a s tím spojené akutní příhody jako infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda. Většina si také vybaví spojení cukrovky s obezitou nebo taky časté přetížení pohybového aparátu, které vede k časným artrózám. U žen někdy vidíme problémy s otěhotněním nebo donošením dítěte. Taky tzv. syndrom polycystických ovarií je spojen téměř vždy s nadváhou nebo obezitou.

Není žádnou výjimkou, že obézní lidé trpí častěji úzkostmi a depresemi, které následně „zajídají“ a dostávají se tak do bludného kruhu.

Další hrozbou, kterou s sebou obezita nese, je: Ukládání tuku na vnitřních orgánech, což vede k jejich nadměrné zátěži a zvýšení rizika jejich selhání.

- Ukládání tuku v tepnách a žilách, které zvyšuje riziko kardiovaskulárních potíží.
- Vznik diabetu 2. typu.
- Vysoký krevní tlak.
- Vznik nádorových onemocnění, jako je například rakovina tlustého střeva.

- Vliv na plodnost, artritidu, spánkovou apnoe, ztučnění jater nebo vysoký cholesterol.

Tohle všechno jsou stavy, kterým by z velké části šlo předejít, pokud by lidé netrpěli nadváhou nebo obezitou.

V praxi se někdy setkávám s tvrzením svých pacientů, že za svůj stav nemůžou, protože trpí na onemocnění, po kterém se takhle spravili.

Víme, že v 95–98 % případech se jedná o primární obezitu, tj. bez jednoznačné příčiny. Tzv. sekundární obezita se vyskytuje jako součást některých vzácných geneticky podmíněných syndromů jenom ve 2 až 5 %, které bývají obvykle diagnostikovány již v dětství. Obezita může být spojena s postižením v oblasti mozku, např. s vyšší hladinou hormonu prolaktinu. Někdy bývá obezita projevem dalších endokrinních onemocnění. Relativně nejčastěji se objevuje Cushingův syndrom a syndrom polycystických ovarií, spíše

výjimečně onemocnění štítné žlázy se sníženou funkcí. Obézní pacienti by měli být odesláni k endokrinologickému vyšetření k vyloučení endokrinologické příčiny. Obezita, zvláště ve vyšších stupních, však nepatří mezi obvyklé projevy snížené funkce štítné žlázy (hypotyreózy). Příčinou sekundární obezity může být i podávání některých léků, vedoucích k vzestupu hmotnosti, např. léky na snížení tlaku typu beta-blokátory, inzulin, perorální antidiabetika (PAD) typu sulfonylurey, některá psychofarmaka, kortikoidy aj.)

logickému vyšetření k vyloučení endokrinologické příčiny. Obezita, zvláště ve vyšších stupních, však nepatří mezi obvyklé projevy snížené funkce štítné žlázy (hypotyreózy). Příčinou sekundární obezity může být i podávání některých léků, vedoucích k vzestupu hmotnosti, např. léky na snížení tlaku typu beta-blokátory, inzulin, perorální antidiabetika (PAD) typu sulfonylurey, některá psychofarmaka, kortikoidy aj.)

Proč je tedy tak těžké zhubnout?

Většina z nás už zažila snahu o zhubnutí pomocí nějaké „zázračné“ diety nebo se pokoušela o prolomení vytrvalostních rekordů v posilování či běhu.

Na většinu diet naše tělo reaguje zpočátku snížením hmotnosti. Když ale vynecháváme nebo výrazně omezujeme některé základní živiny a energetický příjem, časem se naše tělo začne bránit:

- Začne mít chuť na všechno, co máme dietou zakázané a co je většinou tučné a sladké, protože to je nerychlejší zdroj energie. Pak máme výčitky svědomí a vzdáváme to. Mnohdy však nejde o slabost naší vůle či lenost, ale o přirozený pud sebezáchovy.
- Tělo se přizpůsobí nedostatku zpomalením metabolismu. Když se pak najíme „normálně“, kvůli sníženému

spalování tuků všechno uloží na tukové zásoby a projevuje se to tím, že se váha zastavuje či dokonce stoupá.

Proto je vždy výhodná kombinace úpravy jídelníčku a zařazení pravidelné pohybové aktivity. Ve spojení s dietním režimem fyzická aktivita zabraňuje úbytku svalové hmoty, snižuje inzulínovou rezistenci a zlepšuje kardiorepirační výkonnost. Již 30 minut fyzické aktivity střední intenzity 5x týdně vede ke zlepšení kardiorepirační výkonnosti (tj. tři desetiminutové procházky rychlejším tempem denně). Současně dochází k poklesu krevního tlaku a ke snížení hladiny triglyceridů a zvýšení hladiny HDL-cholesterolu. Výsledkem je zvýšené fyzické zdatnosti a zlepšení metabolických rizikových faktorů aterosklerózy pohybovou aktivitou.

Co ale dělat, když všechna režimová opatření dodržují a ručička váhy se nechce hnout tím správným směrem? Řešením je v současné době přejít na kombinaci režimových opatření s farmakoterapií. K léčbě obezity je k dispozici nejvíce léků z posledních 20 let. Tzv. antiobezitika hrají významnou roli v léčbě nejen obezity vyšších stupňů, ale i u pacientů s nadváhou.

Dnes máme k dispozici tyto druhy léků na hubnutí:

- **Orlistat**, který působí jako blokátor enzymů štěpících tuky, a tím snižuje vstřebávání tuků ve střevě o 30 %, a vyloučí se stolicí. Z toho plynou jeho nežádoucí účinky: náhlé nucení na stolicí, olejové stolice. Podává se v dávce 3x 120 mg při jídle.
- **Fentermin**, jehož mechanismus účinku je centrální, vedoucí ke snížení chuti k jídlu. Jeho nežádoucí účinky jsou – nespavost, nervozita, sucho v ústech, bušení srdce, vzácně vzestup krevního tlaku. Dávkování 1x 1 tabl., nedoporučuje se déle než 3 měsíce.
- Moderním zástupcem centrálně působících léků je přípravek kombinující **bupropion s naltrexonem**. Lék snižuje příjem potravy působením v centrech mozku zodpovědných za hlad a nasycení, dále potlačuje nezvladatelné nutkání jíst tím, že inhibuje odměňovací systém v mozku. Taky se pojí s nežádoucími účinky, jako jsou – nervozita, sucho v ústech, bušení srdce. Podává se 2x d (1-4tbl. dle dávkovacího schématu).
- V poslední době se v léčbě obezity objevily nové typy léků jako tzv. analoga peptidu 1 podobného glukagonu (GLP 1), která jsou aplikována podkožně jako inzulín. Fungují na bázi zvýšeného pocitu nasycení po jídle, a tím dochází i k poklesu hmotnosti. Jejich jediný zástupce **liraglutid** působí rovněž na zpomalování vyprazdňování žaludku – tímto mechanismem se zvyšuje pocit sytosti a plnosti v organismu. Tyto léky jsou velice dobře tolerovány, z nežádoucích účinků dochází nejčastěji k nevolnosti, zácpě nebo průjmů, které s délkou užívání většinou vymizí.

Podávána jsou jenom 1x d subkutánně. Jsou indikována jak dospělým s BMI 27 a jednou komorbiditou a všem s BMI nad 30 a také dětem od 12 let s hmotností nad 60 kg a BMI > 30, což svědčí o vynikající bezpečnosti a toleranci k léčbě. Léčba není vázaná na specializaci lékaře.

V rámci workshopu byly odprezentovány 2 kazuistiky pacientů:

1. Pacientka byla indikována k redukcí hmotnosti nejen praktickým lékařem, ale i diabetologem, ortopedem – v plánu TEP genus, která byla odložena pro terén obezity.
SP: 169 cm/ 110 kg/ BMI 38,5.

Anamnéza:

- V dětství běžné nemoci, vážněji nestonala. Hypertenzní nemoc subkompenzovaná medikamentózně na kombinované terapii ACE inhibitor + diuretikum, byla diagnostikována v roce 2012.
- St.p.CHCE. St.p.stripping DKK pro varixy.
- V roce 2019 byl diagnostikován DM 2. typu na PAD při pozitivní RA.
- Dyslipidémie smíšená na terapii od roku 2018 v péči praktického lékaře, rovněž terén Obezitas magna.
- Abusus – nekuřák, alkohol příležitostně. Káva 4x denně.
- Alergická anamnéza je negativní.
- Z farmakologické anamnézy dominuje antihypertenzní terapie - ACE inh., diuretikum, léčba rosuvastatinem 20 mg denně, PAD.
- Pacientka je pedagog, vdaná, 3 děti zdravé.
- V rámci rodinné anamnézy se řadí mezi rizikovou skupinu pro pozitivní výskyt diabetu mellitu 2. typu v rodině, otec a otec otce v dispenzární péči pro diabetes mellitus 2. typu na PAD s diabetickými komplikacemi charakteru retinopatie a nefropatie.

U pacientky byla zahájena terapie liraglutidem, s postupnou titrací 0,6 až 2,4 mg 1x d, tato dávka ponechána 3 týdny pro interm. nauseu se spontánní regresí, poté plná dávka 3,0 mg 1 x d sc.

- Za 6 měsíců výrazné zlepšení => **SP: 169 cm/90 kg/ BMI 31.5**, aplikace Saxenda® 3,0 mg 1x d s.c. - **redukce hmotnosti 20 kg!, zmenšení obvodu pasu 26 cm!**, normotenzní, zlepšení mobility.
- Interně stabilizovaná, regrese algického sy, snížena antihypertenzní terapie pouze na diuretikum, PAD nadále v monoterapii, rosuvastatin snížen z 20 mg na 10 mg/denně.
- Dle laboratoře výrazný pokles hladiny chol.+ LDL do normálního rozmezí, hladina glyk HgB pokles pod hodnotu 40 mmol/mol, ranní glykémie max 6,5 mmol/L.
- Pacientka se vzhledem ke svým negativním zkušenostem z předchozích redukcí obává jojo- efektu a vzhledem k plánovanému operačnímu řešení TEP genus pokračuje v dávkování 1,8 ml 1 x d s.c.

2. Pacientka přišla do ambulance obezitologa s nadváhou s BMI 28 pro nespokojenost se svým zevnějškem a sníženou fyzickou výdrž.

SP: 168 cm/ 80 kg/BMI 28

Anamnéza:

- Astma bronchiale
- Familiární dyslipidémie
- Nadváha s BMI 28

U pacientky jsme začali s úpravou jídelníčku ve spolupráci s nutriční terapeutkou, doporučení zařazení pravidelné pohybové aktivity, motivace krokoměrem, monitorace.

Po 3 měsících jsme na kontrole zjistili jenom nepatrný nárůst svalové hmoty a žádný úbytek hmoty tukové. Paní začala být demotivovaná a hodlala svoje snažení vzdát, proto jsme se domluvili, že zahájíme terapii liraglutidem, s postupnou titrací 0,6 až do tolerované dávky 1x d.

Za 2 měsíce po nasazení měříme **hmotnostní úbytek 5 kg (75 kg)** na dávce 1,8 mg 1x d, pokračujeme v aplikaci.

Za další 3 měsíce došlo k **hmotnostní redukci o dalších 6 kg na 69 kg s BMI 24,5**, dávka se nenavýšovala, tolerance byla vynikající.

Pacientka je s léčbou spokojená, celkově zhubla 11 kg a přeje si pokračovat v redukci ještě alespoň 3 kg.

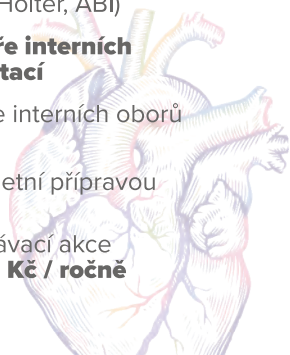
Závěrem sdělení nutno poznamenat, že obezita naštěstí není nemoc, která by se nedala léčit. Stačí udělat trvale udržitelné kroky: mít pevnou vůli, motivaci a zvládnout psychickou stránku hubnutí. Pomáhá i behaviorální psychoterapie a v současné době i účinné léky na hubnutí. Výhodou proto bývá vyhledání lékařské pomoci, která pak spočívá především v komplexním přístupu a taky v posouzení vhodné terapie.

Do nadstandardně vybavené ordinace VPL v Traplících, hledáme lékaře (L2 nebo L3)



Nabízíme:

- **finanční odměna až 90 000 Kč čistého** / měsíčně při plném úvazku (30 hodin / týdně)
- **flexibilní volba ordinačních hodin**
- **moderně vybavená ordinace** (EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)
- **Vhodné i pro lékaře interních oborů či před atestací**
- Vhodné i pro lékaře interních oborů či před atestací
- pomůžeme s kompletní přípravou k atestaci VPL
- příspěvek na vzdělávací akce **až do výše 20 000 Kč / ročně**



Kontakt:

☎ +420 773 545 225
✉ personalni@vseobecnylekar.cz

WWW.VSEOBECCNYLEKAR.CZ

Do zavedené, nadstandardně vybavené ordinace VPL na Zlínsku, hledáme lékaře (L2 nebo L3)



Nabízíme:

- **finanční odměna až 90 000 Kč čistého** / měsíčně při plném úvazku (30 hodin / týdně)
- možnost částečného úvazku
- **flexibilní volba ordinačních hodin**
- **moderně vybavená ordinace** (EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)
- vhodné i pro lékaře interních oborů či před atestací
- dohled zkušeného školitele zajištěn
- pomůžeme s kompletní přípravou k atestaci VPL
- příspěvek na vzdělávací akce **až do výše 20 000 Kč / ročně**



Kontakt:

☎ +420 773 545 225
✉ personalni@vseobecnylekar.cz

WWW.VSEOBECCNYLEKAR.CZ

Moderní přístupy v dermatologii

(Workshop XLI. výroční konference SVL ČLS JEP 9. –12. 11. 2022)



MUDr. Xenie Cázerová
SKIN CARE Liberec s.r.o.

Cílem přednášky bylo seznámit přítomné odborníky s novinkami ve vyšetřovacích a léčebných postupech v současné dermatologii. Přednáška byla rozdělena do **tří částí** a zacílena především na **Digitální dermatoskopii**. Úvodní část byla zaměřena na vyšetřovací metody, které dermatologové využívají pro rozlišení benigních a suspektních afekcí na kůži. U každé afekce sledujeme její barvu, velikost, asymetrii, ohraničení, vyvýšení a vývoj v čase – ABCDE test.

ABCDE test

A (Asymetry) – Asymetrie

Má znaménko nepravidelný tvar?

B (Border) – Ohraničení

Je jeho okraj rozpítný nebo neohraničený?

C (Colour) – Barva

Míchá se v něm více barev?

D (Diameter) – Průměr

Je jeho průměr větší než 6 mm?

E (Elevation) – Vyvýšení

Roste do výšky?



Přehled vyšetřovacích metod:

- **Pouhé oko nebo lupa** – zastaralá metoda s nejmenší přesností. Na druhou stranu je třeba přiznat, že zkušený dermatolog má znaménka „v oku“ a dokáže na první pohled říct, zda je znaménko podezřelé.
- **Ruční dermatoskop** – kontrola jednotlivých znamének osvětlenou 20x–30x zvětšující lupou. Dnes se jedná o nejrozšířenější metodu, se kterou se u dermatologů setkáte.
- **Digitální ruční dermatoskop** – kontrola jednotlivých znamének, vysoké optické rozlišení, archivace fotografií s možností porovnání v čase.

- **Digitální dermatoskop pro celoplošné robotické skenování těla** – kontrola celého těla.



- **Digitální ruční dermatoskop** – kontrola jednotlivých znamének, vysoké optické rozlišení, archivace fotografií s možností porovnání v čase.



- **Digitální dermatoskop pro celoplošné robotické skenování těla** – kontrola celého těla včetně na první pohled zdravé kůže, vysoké optické rozlišení, archivace fotografií s možností porovnání v čase. My tuto metodu díky její přesnosti a výhodám považujeme za metodu budoucnosti. Ale i tato velmi sofistikovaná metoda má svá úskalí. Některé oblasti na lidském těle se i touto metodou obtížně vyšetřují. Tyto lokality můžeme nazývat dermatoskopické stíny a patří k nim např. interdigitální oblast nebo kůže křtice.





Ve druhé části byla zmíněna moderní **neinvazivní terapie** kožních chorob. Ta se již dávno neodehrává jen na poli lokální terapie (LT).

Ačkoliv i zde máme možnost preferovat moderní LT pomocí topických imunomodulátorů (TIM – tacrolimus a pimecrolimus).

Velkým přínosem pro dermatology jsou možnosti celkové terapie u vybraných chorob, které jsou předstupněm před celkovou biologickou léčbou. Tato terapie je zahajována v Centrech biologické terapie. V ČR je t. č. přibližně 22 takových pracovišť. Dobrá zpráva pro lékaře i pacienty je, že v každém kraji je alespoň jedno takto specializované pracoviště.

Cesta k zahájení této celkové terapie je někdy zdlouhavá a pojišťovny si kladou různé podmínky, ale pod vedením zkušeného dermatologa se podaří pacienta dovést k vytoužené „záračné“ terapii.

Přehled diagnóz indikovatelných pro celkovou biologickou terapii:

- lupénka (psoriasis vulgaris)
- atopický ekzém (dermatitis atopica)
- chronická kopřivka (urticaria chronica)
- hidradenitida (idradenitis suppurativa, acne inversa)

Ve **třetí části** byly zmíněny druhy invazivní terapie, a to se zaměřením na laserovou medicínu. Lasery jsou v dermatologii využívány k odstranění nejrůznějších projevů na kůži např. hyperpigmentací, nežádoucího ochlupení, hemangiomů, fibropapilomů a jiných benigních afekcí. Pro úpravu jizev se využívá v úvodu biostimulační laser, a to do 3 měsíců od vyndání stehů. V některých případech používáme i frakční CO2 laser, a to na zbroušení povrchu jizvy. U terapie jizev využíváme i dobré účinky plazmaterapie v kombinaci s mikroneedlingem a někdy i lékařskou mikropigmentací.

Indikační kritéria pro laserové ošetření jsou: věk pacienta, velikost a charakter afekce.

Ošetření provádíme u pacienta bez akutního infekčního a onkologického onemocnění.

V našem zařízení jsou laserová ošetření plně hrazena pacientem.

inzerce

Hledáme všeobecného praktického lékaře/ku a/nebo internistu/ku v Praze a okolí na plný i částečný úvazek. Pracovní smlouva, vysoké základní finanční ohodnocení + podíl na zisku, 5 týdnů dovolené, benefity, služební auto, telefon. **Další informace na tel.: 732 222 222.**

Do zavedené, přístrojově vybavené, akreditované ordinace VPL v Brně-Bohunice přijmu lékaře. Ordinační doba 30/hod týden, vhodné i pro lékaře jiných oborů v předatestační přípravě. Možnost RM. **Kontakt praktickalekarkabrno@gmail.com**

Ženy v praktické medicíně



MUDr. Kateřina Javorská
praktická lékařka, Nové Město nad Metují

Souhrn přednášky Ženy v praktické medicíně na XLII. Výroční konferenci v Karlových Varech ve dnech 9.–12. 11. 2022

Ženy zaujímají významnou skupinu mezi pracovníky ve všeobecném praktickém lékařství (VPL). Z dat národního registru zdravotnických pracovníků (NR-ZP) vyplývá, že podíl žen ve VPL postupně narůstá a že zastupují téměř 65 % lékařských pracovníků ve všeobecném praktickém lékařství (viz tabulka ÚZIS). Do oboru taktéž vstupuje více žen než mužů, podíl atestujících lékařek v našem oboru byl v roce 2018 dokonce 79,7 %, v roce 2021 68,1 % (viz sdělení prof. Duška na Kongresu primární péče v roce 2022). Dochází k feminizaci nejen našeho oboru, ale celé medicíny. Na lékařské fakulty, obory zdravotní a sociální péče a obory související se vzděláváním a výchovou podle publikace českého statistického úřadu nastupuje více než 70 % žen. V roce 2019 byl podíl žen mezi absolventy medicíny v České republice něco přes 60 %, což je téměř shodné s průměrem EU, trend je tedy jasný.



Vědecké profese jsou považovány za stěžejní v ekonomickém, kulturním, sociálním a technickém rozvoji celé společnosti. Sice podíl vysokoškolsky vzdělaných žen stoupá, ale jejich zastoupení se zvyšujícím se stupněm vzdělání klesá. Na doktorské studium v lékařských oborech v roce 2020 nastoupilo 48,2 % žen, přičemž vědkyně, které se na tuto dráhu vydají, zůstávají častěji na nižších akademických pozicích (viz Postavení žen v české vědě dostupné na webu

www.genderaveda.cz). Kvůli genderovým stereotypům nejsou ženy dostatečně zastoupeny v poradních skupinách a hodnotících orgánech vědy a v její produkci, ze které poté čerpá celá společnost. Chybí odborný pohled jedné poloviny populace, a tím dochází ke snížení inovačního potenciálu České republiky, což se následně pojí s ekonomickými ztrátami. Nízké zastoupení žen ve vědeckých institucích je celospolečenským problémem.

Více informací ohledně této problematiky lze nalézt v dokumentu Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021-2030, který vydal Úřad vlády České republiky.

Považuje se vysoký podíl žen v medicíně za problém? Má na ně být nejen v případech vstupních pohovorů nahlíženo jako na znevýhodnění kvůli pohlaví, reprodukčnímu postavení a zažitému společenskému stereotypu role pečovatelek o rodinu a domácnost? Do jaké míry představuje pro ženy-lékařky kariéra, péče o děti a rodinu zátěž a je možné obě tyto pole působnosti efektivně skloubit, případně, co je pro to zapotřebí udělat?

Přednáškou na genderové téma jsem se se svou rezidentkou MUDr. Magdalénou Pecháčkovou chtěla podělit o fakta i zkušenosti a téma otevřít k další diskusi.

Pro účely přednášky jsme připravily krátký dotazník na SurveyMonkey, který ve facebookové skupině vyplnilo celkem 216 žen v pěti věkových kategoriích od 25 let do 65 let a starších. Z této skupiny více než ¾ respondentek složilo atestaci v oboru VPL. Otázky byly zaměřené na hlavní důvody, proč si obor zvolily, zda se jednalo o jejich první volbu nebo jestli se setkaly s diskriminací kvůli svému pohlaví během studií medicíny či své kariéry, případně zda by uvítaly podporu v období přípravy k atestaci, těhotenství, kojení, období na rodičovské dovolené, během své rané i pozdní kariéry a jestli nějakým způsobem vnímají fakt, že jako ženy mohou být přínosem pro obor. V odpovědích respondentek na tuto otázku se opakovala slova jako lepší komunikační dovednosti, empatie a pečlivost. Dále byly položeny otázky ohledně zkušenosti s pohrdáním kolegů z jiných oborů kvůli výběru VPL jako kariéry a jestli se respondentky cítí nebo cítily ohroženy násilím ze strany pacientů při výkonu svého povolání. Grafy s nejzajímavějšími odpověďmi jsou součástí tohoto článku.

Problém by nastal, kdyby ženy v medicíně nebyly. Ženy a jejich pracovní zvyklosti se dají považovat za specifické, proto by bylo dobře, kdyby se jejich potenciál dal lépe využít.

V České republice však přetrvává segregace trhu práce. Vzniká již v průběhu vzdělávání.

Nedávný průzkum realizovaný spolkem Mladí lékaři

Postavení žen v české vědě



Kolik žen působí v Česku ve vědě?

Zastoupení vědeckých dlouhodobě stagnuje i přesto, že každoročně roste celkový počet lidí, kteří se vědecké činnosti věnují...



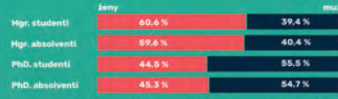
... a v evropském měřítku má Česká republika nejnižší podíl žen mezi vědkyněmi ze všech členských zemí EU.



Vytvořeno v rámci projektu sdílených činností STRATIN+ financovaného MŠMT (identifikační kód MŠ2104).

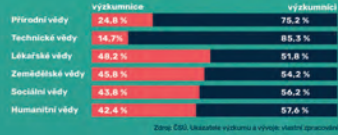
A jak vypadá dráha žen od studia k vědecké profesi?

Mezi vysokoškolskými studenty převládají ženy, ale se zvyšujícím se stupněm studia jejich podíl klesá...



... a po dokončení doktorského studia dochází k největšímu propadu, kdy výzkumnou dráhu volí jen 17 992 žen (27,6 %).

Zastoupení žen, které se rozhodnou vstoupit do vědy, se navíc v jednotlivých oborech výrazně liší.



VÝZKUMNÍCI DLE POKLAVÍ V ROCE 2020, ODDĚLENÉ PODLE VĚDNÍCH OBLASTÍ

... a v akademické sféře zastávají ženy převážně pozice na nižších kvalifikačních stupních.



Kdo rozhoduje v institucích zaměřených na výzkum a vývoj?

Ve vedoucích pozicích silně převažují muži. Přes různé snahy o jejich větší viditelnost v médiích se podíl žen v těchto pozicích každoročně snižuje.



Vzniklé spíše v internetové sféře institucí výzkumu a vývoje

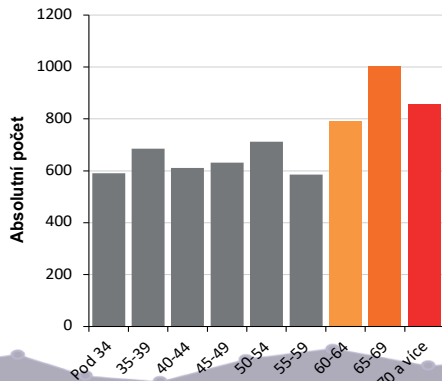
odhalil, že budoucí lékařky se potýkají se znevýhodňováním již během studií. Navzdory vysokému zastoupení žen v lékařství narážejí studentky medicíny na komentáře vyučujících, kteří se v průběhu výuky vyjadřují v neprospěch uplatňování žen v medicíně, případně ve vybraných oborech. Obdobně tomu je při přechodu do zaměstnání, kde dochází k diskriminaci mladých žen

s ohledem na předpoklad brzkého zakládání rodiny a s tím související péčí o děti. Představu o genderově stereotypním dělení rolí utužují i některé veřejné výstupy lékařů, což rovněž způsobuje bariéry v uplatňování žen v některých lékařských oborech. Negativním důsledkem segregace na trhu práce je např. nerovnost v odměňování. Česká republika vyka-

Praktičtí lékaři dle věku a pohlaví k 1. 1. 2022

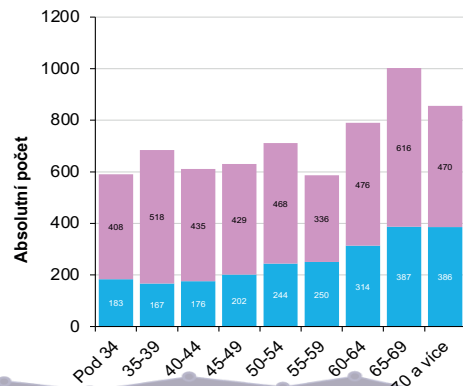
Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), 7. 11. 2022

N = 6 465	
Průměr	54 let
Medián	55 let
60 a více let	2 649 (41,0 %)
65 a více let	1 859 (28,8 %)



Podle pohlaví

	Muži (N = 2 309, 35,7 %)	Ženy (N = 4 156, 64,3 %)	Celkem (N = 6 465)
Průměr	56 let	52 let	54 let
Medián	58 let	52 let	55 let
60 a více let	1 087 (47,1 %)	1 562 (37,6 %)	2 649 (41,0 %)
65 a více let	773 (33,5 %)	1 086 (26,1 %)	1 859 (28,8 %)



Byl obor všeobecné praktické lékařství Vaší první volbou?

NE 43.52% ANO 56.48%

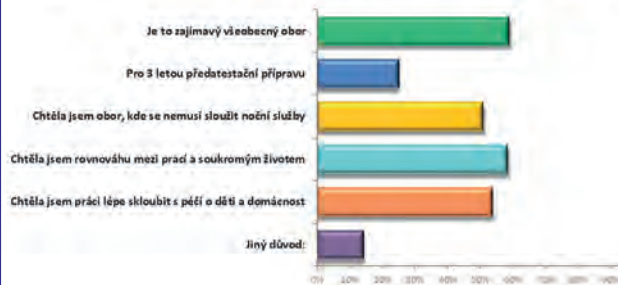


Složila jste atestaci ze všeobecného praktického lékařství?

NE 22.69% ANO 77.31%



Z jakého důvodu jste si všeobecné praktické lékařství zvolila?



Měla jste někdy během studií nebo kariéry pocit diskriminace kvůli svému pohlaví?

NE 51.85% ANO 48.15%



Cítíte nebo cítila jste se jako žena při výkonu svého povolání ohrožena násilím ze strany pacientů?

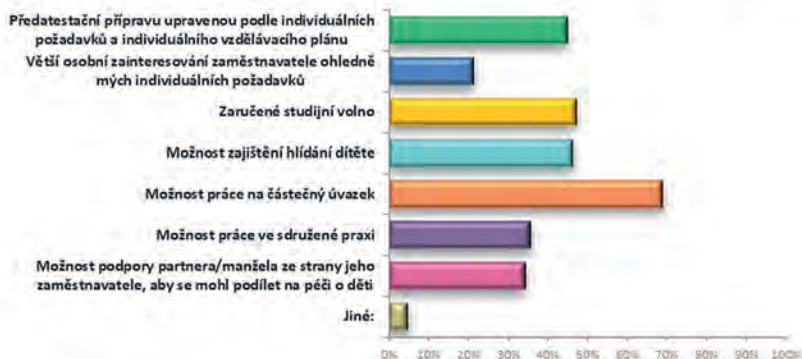


Zažila jste ze strany kolegů jiných oborů pohrdání ohledně Vašeho výběru oboru všeobecného praktického lékařství?

NE 22.22% ANO 77.78%



Jakou byste jako žena uvítala ve své profesi podporu (ať už během přípravy k atestaci, těhotenství, kojení, rodičovské dovolené, rané i pozdní kariéry)?



Powered by SurveyMonkey



zovala v roce 2018 gender pay gap ve výši 20,1 %, tedy třetí nejhorší výsledek po Německu (20,9 %) a Estonsku (22,7 %).

Studie v českém prostředí potvrzují, že kariérní dráhy lékařek jsou ovlivňovány

společenskými stereotypy. Z důvodu pečovatelských povinností a společenských očekávání ženy volí méně prestižní obory, které jim umožní lépe skloubit pracovní a osobní (rodinný) život.

Podíl lékařek a absolventek lékařských fakult meziročně narůstá a kvůli nemožnosti skloubit pracovní a soukromý život hrozí prohloubení personální krize ve zdravotnictví, ve venkovských oblastech dokonce výrazné zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče. Je potřeba se více věnovat problematice přípravy k atestaci a identifikaci překážek, např. v podobě kariérních výpadků z důvodu mateřství a rodičovství, a pokusit se nastavit možnosti jejich řešení. Je potřeba tyto lékařky podpořit, jinak společnost na čas ztratí kvalifikovanou pracovní sílu, kterou si v této době personální krize ve zdravotnictví nemůže dovolit.

Připadají v úvahu podpůrná opatření související se vzděláváním, předatestační přípravou, možností zajištění hlídání dítěte, podpory partnera v péči o dítě, anebo organizační možnosti práce v ordinaci všeobecného praktického lékaře cestou podpory sdružených praxí a práce na částečné úvazky pro tyto lékařky. Ostatně odpovědi respondentek na otázky ohledně možné podpory během kritických období situaci popisují jasně. Možnost využívání částečných úvazků a flexibilních forem práce je jedním ze základních předpokladů efektivního sladování rodinného a pracovního života pro rodiče s malými dětmi, zvláště pro ženy, jejichž zaměstnanost je velmi silně ovlivňována mateřstvím.

Další cestou je podpora reorganizace primární péče, a to utvářením sdružených praxí, kde se tým lékařů/lékařek a sester sdruží v jedné praxi, sdílí věcné a technické vybavení ordinace, a pokud je dostatečně personálně zajištěn, je schopen udržovat chod praxe i za předpokladu práce lékařů/lékařek na nižší pracovní úvazek. Členové týmů jsou vzájemně zastupitelní, a tím je pro pacienty zajištěn přístup k péči ve standardní nebo nadstandardní ordinační době.

Podporou takové organizace chodu praxe by politici a zdravotní pojišťovny mohly udržet kvalifikovanou pracovní sílu žen, které by jinak na pár let během mateřství a rodičovství vypadly ze svého oboru, udržovat kontakt se svou specializací a udržet dostupnost a kvalitu poskytované péče. Stejně tak by bylo možné postupovat v případě lékařů/lékařek důchodového věku, kteří by mohli v rámci svých možností stále ordinovat.

V současné době existuje velká rezerva v systému pro podporu částečných úvazků, které jsou z finančního hlediska pro zaměstnavatele spíše nevýhodné.

Záleží na dalších rozhodnutích zástupců naší odborné společnosti SVL ČLS JEP, aby tento aspekt podpořila na jednáních s Ministerstvem zdravotnictví, případně Ministerstvem práce a sociálních věcí, a samozřejmě na politické vůli genderovou otázku propagovat v politickém programu. Jak z praxe mnohdy známe, prohlášení jsou jedna věc a otázka jejich implementace do běžného života věc druhá.

Věřím, že se nám podaří touto diskusí dostat obor VPL do 21. století.

„V pekle existuje zvláštní místo pro ženy, které nepomáhají ostatním ženám.“

Madeleine Albright

Literatura:

Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021-2030, Úřad vlády ČR, únor 2021
https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/Strategie_rovnosti_zen_a_muzu.pdf

Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), 7. 11. 2022,
<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat-narodni-registr-zdravotnickych-pracovniku>

Zaostřeno na ženy a muže, ČSÚ 2021,
<https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-s9u0og5djz>

Ročenka VZP 2021,
<https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/rocenky>
 Simerská L., Smetáčková I., Pracovní a rodinná praxe mladých lékařek, Sociologický ústav AV ČR, 2000
www.genderaveda.cz

Včasná diagnostika a možnosti léčby HIV



Doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny
LF UK a FN Plzeň

V roce 2023 uplyne 40 let od doby, kdy byl objeven původce onemocnění AIDS, které již způsobilo smrt bezmála 37 milionů osob. Přibližně stejný počet infikovaných a nemocných v současné době žije, často kvalitním životem. Ročně se nakazí přibližně 1,5 mil. osob a 0,7 mil. jich na AIDS umírá. Potěšitelné je, že asi 27,5 mil. osob je léčeno antiretrovirovou léčbou (ART). Diagnostika, léčba a prevence HIV/AIDS v minulých čtyřech dekádách prošla mnoha změnami, často zásadními. V současné době je infekce HIV považována za chronické, léčitelné, ale dosud nevléčitelné onemocnění. U vysoce adherentních pacientů je dobře kontrolovatelné ART. Predikovaná délka života osob žijících s HIV (PLWH), správně léčených od asymptomatické fáze, je srovnatelná s délkou života HIV negativní populace. Osoby infikované HIV mají v naprosté většině případů po celý zbytek života prokazatelné specifické anti-HIV protilátky v izotypu IgG.

Podle údajů NRL pro AIDS SZÚ Praha žilo v ČR ke konci listopadu roku 2022 celkem 4875 osob s HIV, z nich 871 mělo diagnostikované onemocnění AIDS a 369 z nich již zemřelo.

K nákaze HIV nejčastěji dochází biologickými materiály s vysokou koncentrací viru tedy spermatem, krví a cervikovaginálním sekretem. Podle toho se způsoby nákazy označují jako horizontální (sexuální a parenterální) a vertikální. Nákaza je po inkubační době (2 až 6 týdnů) až v 90 % spojena s akutním horečnatým onemocněním, podobajícím se chřipce nebo infekční mononukleóze (tzv. flu-like či mononucleosis-like syndromy). Až v 70 % bývá přítomen exantém. Mohou však být přítomna i postižení jiných orgánů (CNS, ledvin, gastrointestinálního traktu aj.). Akutní fáze za 10-14 dní ustupuje a pacient se dostává do asymptomatického stádia, které může i bez léčby trvat několik let. Akutní a asymptomatické stadium se označují jako klinické stadium A. U neléčených osob však dochází trvale k poklesu CD4+ lymfocytů T a objevují se tzv. malé oportunní infekce, definující časně symptomatické stadium

B. Pokud ani v této době není nákaza HIV zjištěna, dochází později k těžkému deficitu buněčné imunity, manifestujícím se některými tzv. velkými oportunními infekcemi, definujícími rozvinuté onemocnění AIDS (stadium C). Kromě toho nepoznaná / neléčená infekce HIV může vést k dalším změnám imunitního systému, jako je relativní vzestup CD8+ lymfocytů, dysimunoglobulinémie, nárůst hladin b2m a CRP. Předčasné stárnutí imunitního systému (imunosenescence) se také podílí na dřívějších projevech systémových onemocnění, jako je např. ischemická choroba srdeční, hypertenzní choroba, autoimunitní a nádorová onemocnění.

Klinický obraz jednotlivých stádií není pro infekci HIV zcela charakteristický a onemocnění může mít polymorfní, multiorgánové, nespecifické projevy. Proto je nutné podezření doplnit laboratorními testy. V časně fázi (za 2-3 týdny po nákaze) se již může prokázat virový antigen p24 a později (za 4-6 týdnů) již bývají detekovatelné specifické protilátky anti-HIV. Vyšetření může ordinovat každý lékař. Nejprve se ve spádové laboratoři provedou skrínigové testy pomocí imunochromatografie nebo metody ELISA, a pokud je některý vzorek reaktivní, odesílá se ke konfirmačnímu testu (metodou western blot, WB) do Národní referenční laboratoře pro AIDS v SZÚ Praha.

Pacient se suspektní infekcí HIV u praktického lékaře (PL)

PL má nezastupitelnou roli v prevenci a při vyhledávání HIV+ pacientů a jejich kontaktů. Kdy se má na infekci HIV více myslet? Přednostně u mužů majících sex s muži (MSM), nitrožilních uživatelů drog (IDU), při jiných zjištěných pohlavně přenosných infekcích (STI), u osob s rizikovým / častým nechráněným sexuálním stykem s neznámou osobou a v posledním roce také častěji u ukrajinských pacientů, přicházejících s horečnatými stavy, nespecifickými příznaky a pozitivní sexuální anamnézou. Po rizikovém styku se vyšetření provádí nejdříve ve 3. týdnu a opakuje se za 2-3 měsíce. Osoby, užívající preexpozici profylaxi (PrEP) se kontrolují každé 3 měsíce vždy, když přicházejí pro další léky do HIV centra. Pro sérologické vyšetření plně postačí jedna zkumavka (s červeným víčkem) srážlivé krve. K provedení odběru je dostatečný ústní souhlas klienta. V případě pozitivní konfirmace (WB) v NRL SZÚ Praha výsledek obdrží lékař, který vyšetření indikoval, a je na něm, jak se jej rozhodne klientovi sdělit. Pomoc při sdělování výsledku může nabídnout také spádové HIV centrum (je ve většině krajských měst, celkem 9 pracovišť), kam je osoba s potvrzenou infekcí HIV (PLWH) praktickým lékařem odeslána. V HIV centru se po podrobných instrukcích a podpisu potřebných

informovaných souhlasů odebrání biologický materiál k podrobnému vyšetření a bez delších odkladů se zahájí antiretrovirová léčba (ART). Kontroly pacientů v HIV centru probíhají po 3 měsících.

Antiretrovirová léčba (ART)

Od roku 1996 se postupně zavedly do praxe kombinace vysoce účinných antiretrovirových léků. Přípravky vyšší generace jsou zpravidla mnohem účinnější, mají málo vedlejších nežádoucích účinků, mají výbornou farmakokinetiku a mohou se podávat v kombinacích v jedné denní dávce. Časná stanovení diagnózy a následné zahájení léčby umožňuje pacientům žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, včetně založení rodiny a porodu zdravých dětí. V současné době lze přípravky rozdělit podle místa jejich účinku v replikačním cyklu HIV do

šesti skupin. Léčba je nastavena tak, aby se blokovala nejméně 2 místa replikačního cyklu HIV, tudíž základní kombinace léků má nejméně 2-3 složky, dnes zpravidla v jedné tabletě (STR), která se podává jednou denně. Tato simplifikace se významně podílí na nastavení vysokého stupně adherence léčby, což je velmi podstatné, neboť dle současného stavu znalostí bude léčba zřejmě celoživotní. Vzhledem k tomu, že jsou minimalizovány vedlejší účinky léků, komplikace vyvolané léčbou jsou velmi vzácné a zpravidla se jim dá předcházet díky pravidelným laboratorním a klinickým kontrolám, které probíhají v HIV centrech každé 3 měsíce. Očekává se, že PL bude v kontaktu se spádovým HIV centrem, do něhož docházejí jeho pacienti.

Literatura u autora

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

Co s pacientem po infarktu myokardu (IM) v ambulanci praktického lékaře? Kdy potřebuje kardiologa?



MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN,
Centrum preventivní kardiologie

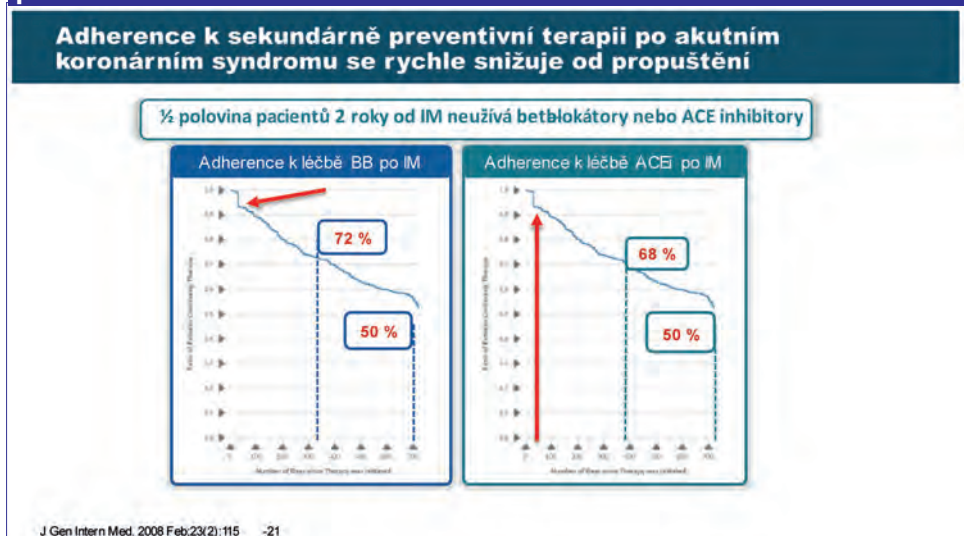
Na podzim 2022 proběhl virtuální seminář SVL ČLS JEP zaměřený na problematiku péče o pacienty po infarktu myokardu. Jaké jsou možnosti péče o tyto pacienty po propuštění z kardiologických center, ale i v rámci dlouhodobé péče v ambulancích všeobecných lékařů s ohledem na omezený počet kardiologických pracovišť a ambulancí, shrnula ve své přednášce MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D. Celé sdělení je možné shlédnout na www.praktickylekaronline.cz.

Dostupnost kardiologické péče

Podle údajů zveřejněných největší českou zdravotní pojišťovnou VZP poklesl počet hospitalizací pro infarkt myokardu za posledních 10 let o 23 %, což zřejmě souvisí zejména se zlepšující se prevencí a léčbou rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění (KVO). Přesto bylo v roce 2019 provedeno v ČR 23 395 koronárních intervencí a přibližně polovina z nich z důvodu akutního infarktu myokardu (AIM) – 5949 případů STEMI, 5586 případů NSTEMI (naopak v letech covidové pandemie dle dat z ÚZIS došlo v roce 2020 a 2021 k nárůstu mortality u pacientů s akutním IM).¹ U části případů se jedná o pacienty s již známou ischemickou chorobou srdeční (ICHS) či jiným KVO, kteří jsou již v péči ambulantního kardiologa a po hospitalizaci pro AIM jsou předáváni zpět do chronického sledování. U nemalé části se ale jedná o primomanifestaci ICHS a ambulantní kardiologická péče musí

být teprve zahájena. Podle „Doporučení pro dlouhodobou péči o pacienty po IM z roku 2022“² by měl být pacient do tří kalendářních dnů po dimisi zkontrolován svým registrujícím praktickým lékařem, a to zejména za účelem organizace další péče vycházející z obecných doporučení a doporučení uvedených v propouštěcí zprávě a preskripce potřebné medikace. Časový odstup první návštěvy pacienta u kardiologa či internisty by měl být odvozen od míry jeho oběhové stability a závažnosti onemocnění, ale ani u zcela stabilních pacientů by neměl překročit 30 dnů. Zde se bohužel rozchází doporučení s realitou, protože objednávací termíny k prvnímu kardiologickému vyšetření se v České republice pohybují v průměru okolo 3 měsíců (dle oficiálních informací uvedených na stránkách nemocnic v ČR), možnost dodržení doporučeného období jednoho měsíce je spíše výjimkou. Některá, zejména větší, zdravotnická zařízení řeší tuto diskrepanci systémem přechodného převzetí do kardiologické péče, nezdědka ovšem pacienti zůstávají po tuto dobu v péči svých praktických lékařů. Dobrou zprávou pro praktické lékaře a zejména pacienty je, že kromě preskripce duální protidestičkové léčby došlo v posledních letech k významnému preskripčnímu uvolnění (např. statiny ve vysokých dávkách, ezetimib), které umožňuje pacienta po IM kvalitně po přechodnou dobu léčit i v ambulanci praktického lékaře. V prvních třech měsících po IM také velmi prudce klesá adherence k léčbě³ a bezprizorní vyčkávací období, kdy se pacient ocitne bez ambulantních kontrol rizikových faktorů KVO, celé situaci významně nepříspěvá. (Obr.1)

Obr. 1: Pokles adhirence je nejvyšší v prvních měsících od propuštění z hospitalizace pro akutní IM



Kontrola dyslipidémie

Prvním krokem v terapii hypercholesterolemie jako významného rizikového faktoru KVO je nasazení statinu ve vysoké dávce (atorvastatin 80 mg, rosuvastatin 40 mg) bezprostředně po akutním koronárním syndromu (AKS) u všech pacientů, kteří nejsou k této léčbě kontraindikováni, bez ohledu na vstupní hladinu LDL-cholesterolu (LDL-C).⁴ Benefit terapie vysokými dávkami statinu v porovnání se standardními dávkami statinů přinesla celá řada intervenčních studií a toto doporučení je již několik let součástí doporučení European Cardiology Society i České kardiologické společnosti. Při kontrole pacienta po AKS se pak praktický lékař může setkat se dvěma scénáři, kdy je potřeba další úprava léčby statinem. Tím prvním je, že pacient léčbu vysokou dávkou statinu toleruje, nicméně při kontrole lipidogramu, která by měla následovat za 4–6 týdnů po zahájení terapie, nedosahuje cílové hodnoty LDL-C < 1,4 mmol/l. V tomto případě by nemělo být s eskalací terapie otáleho a měla by být zahájena kombinací hypolipidemická léčba přidáním ezetimibu v dávce 10 mg. Pokud ani tato terapie po 4–6 týdnech nevede k dosažení cílové hodnoty LDL-C a pacient současně splňuje úhradové podmínky pro nasazení PCSK-9 (proprotein konvertáza subtilisin kexin typ 9) inhibitoru (u pacienta po IM LDL-C ≥ 2,5 mmol/l navzdory maximální tolerované hypolipidemické léčbě), měl by být pacient referován k léčbě PCSK9 inhibitory do příslušného centra (seznam center lze nalézt na stránkách České společnosti pro aterosklerózu).⁵ Druhým scénářem, se kterým se lze setkat, je pacient, který terapii vysokodávkovým statinem netoleruje, při kontrole udává bolesti svalů či svalovou slabost, typicky dominantně proximálních svalových skupin (stehna, paže), které mohou být projevem statin indukované myopatie (SAM – statin associated myopathy). Problematika SAM je velmi komplexní a široká, do hry vstupují četné rizikové faktory SAM (nízký body mass index, neléčená hypothyreóza, četné lékové interakce, zvýšená konzumace alkoholu apod.), nicméně u vysoce kardiovaskulárně rizikového pacienta recentně po AKS jsou indikací k úplnému ukončení/přerušení léčby defacto jen symptomatické myalgie v kombinaci s elevací kreatinkinázy (CK) nad 10násobek horní hranice normy. V ostatních případech je vhodné statin vyměnit za jiný v nižší dávce (s event. up-titrací při dobré toleranci), popř. snížit dávku původního statinu, vždy samozřejmě s opatrností a monitorací CK.⁶

Léčba arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze představuje velmi

významný rizikový faktor KVO, a proto je potřeba ji důsledně léčit nejen v primární prevenci, ale také u pacientů v sekundární prevenci po AKS. Dle doporučení ESC/ESH (7) je v léčbě arteriální hypertenze doporučováno preferovat kombináční léčbu, nejlépe ve formě fixních preparátů. Účinnost kombinace léků je dána komplexním působením na více úrovních (blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron RAAS, snížení tonu sympatiku, zvýšený tonus sympatiku, zvýšená diuréza, vasodilatace aj.) a ukázala se nejen jako lépe účinná, ale také dobře tolerovaná, s žádným nebo jen malým zvýšením rizika hypotenze. Volba účinných látek je v souladu s patofyziologickými principy, v prvním kroku by tedy měla být volena nejlépe fixní kombinace inhibitoru RAAS s nethiazidovým diuretikem (indapamid) či vasodilatačně působícím kalciovým blokátorem (BKK), při neúspěchu dvojkombinace by měla být terapie posílena na trojkombinaci obsahující všechny uvedené složky – tedy inhibitor RAAS, BKK a nethiazidové diuretikum. Situace u pacientů s AKS je ale poněkud odlišná, do hry totiž vstupuje kromě potřeby samotného antihypertenzního vlivu potřeba elektrické stabilizace, snížení metabolických nároků na srdce, antianginózního efektu a zvýšení fibrilačního prahu, proto je k ACEI (angiotensin-konvertující enzym) již v prvním kroku přidávána alespoň nízká dávka kardioselektivního betablokátoru (BB). Kombinace ACEI a BB je racionální terapií s vysokou mírou evidence jak v léčbě arteriální hypertenze, akutní a posléze i stabilní chronické ischemické choroby srdeční a srdečního selhání se sníženou EF (Tab. 1). Primární cílovou hodnotou pro léčbu arteriální hypertenze je TK < 140/90 mmHg, pokud jsou tyto hodnoty dobře tolerovány, mělo by být snahou cílit TK ještě níže, u pacientů < 65 let je cílový TKs 120–130 mmHg, u pacientů ≥ 65 let TK 130–140 mmHg, TKd 70–80 mmHg.⁷ Stejně jako u dosahování cílových hodnot LDL-C, i při ovlivnění hodnot krevního tlaku je v posledních doporučeních ESC/ESH kladen důraz na rychlost, jakou má být těchto cílových hodnot dosahováno a eliminaci terapeutické inercie. Zajímavá práce bostonských autorů⁸ prokázala, že posunutím hranice intenzifikace terapie až na hodno-

Tabulka č. 1: Indikace ACEI a BB dle současných doporučení

Použití ACEI a BB u pacientů po IM / s ICHS	
ESC/ESH guidelines AH ¹ 2018	β-blokátory ACEI jsou léky 1. volby léčbě hypertenze u pacientů s ICHS
ESC Guidelines NSTEMI ² 2020	β-blokátory a ACEI jsou doporučovány v dlouhodobé léčbě pacientů po NSTEMI (IA)
ESC Guidelines STEMI ³ 2017	β-blokátory a ACEI jsou doporučovány u pacientů s dysfunkcí LK (IA)
ESC guidelines Stabilní ICHS ⁴ 2019	β-blokátory ACEI jsou doporučovány u pacientů s ICHS Úleva od symptomů kardioprotekce (A)
ESC guidelines SS ⁵ 2021	β-blokátory ACEI jsou léky volby pacientů s HFrEF (I A)

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ

ty TKs > 150 mmHg zvyšujeme riziko KV příhod až o 21 %, stejně tak zvyšujeme riziko KV příhody, pokud odsuneme intenzifikaci léčby o více než 1,4 měsíce od doby, kdy byl zjištěn vysoký TK. Cílové hodnoty TK by mělo být optimálně dosaženo do tří měsíců, samozřejmě s akceptováním doby nezbytné k nastoupení plného efektu jednotlivé antihypertenzní léčby.

Kontrola srdeční frekvence

Zvýšená klidová tepová frekvence je dle výsledků dlouhodobých prospektivních longitudinálních studií i u běžné populace spojena s nepříznivou prognózou, vyšším rizikem ICHS, KVO a celkové mortality⁹, u pacientů s arteriální hypertenzí je SF >80/min. považována za další nezávislý rizikový faktor KVO a měla by být intervenována (samozřejmě pokud není jednorázovým projevem jiné patologie – infekce, hypohydratace, hyperthyreózy apod.). U pacientů s ICHS jsou jako prvním krokem k ovlivnění SF doporučovány kardioselektivní BB, jejich dávka by měla být titrována k cílové klidové tepové frekvenci 55-60 tepů/min., samozřejmě s ohledem na další komorbidity a zejména dekompenzaci srdečního selhání, kdy je potřeba s dávkou BB pracovat velmi opatrně.

Souhrn pro praxi: Pacient po AIM by měl do tří dnů po propuštění z nemocnice navštívit ambulanci praktického lékaře a nejpozději do měsíce podstoupit první vyšetření u ambulantiho kardiologa či internisty. Bohužel u pacientů, kteří doposud kardiologicky sledovaní nebyli, je nezdárka nemožné takto brzkého termínu

dosáhnout a pacient po IM je po tuto dobu sledován pouze svým praktickým lékařem. Období prvních tří měsíců je navíc dle důkazů ze studií i klinické praxe nejzranitelnější z pohledu compliance a adherence k léčbě. V tomto období je kromě preskripce duální protidestičkové léčby potřeba zejména postupně titrovat antihypertenzní a hypolipidemickou léčbu. V léčbě arteriální hypertenze i hypercholesterolemie by mělo být dosaženo cílových hodnot (TK 120-130/70-80 mmHg u pacienta < 65 let; TK 130-140/70-80 mmHg u pacienta ≥65 let, LDL – C < 1,4 mmol/l) do tří měsíců. Obecná doporučení pro léčbu arteriální hypertenze jsou u pacienta s ICHS po IM modifikována potřebou dalšího „neantihypertenzního“ působení, jako je elektrická stabilizace, optimalizace klidové srdeční frekvence k hodnotám TF 55-60/min., snížení metabolických nároků srdce a optimalizace perfuze myokardu, a proto je u pacientů s ICHS do kombinace k ACEI doporučován betablokátor. V souladu s trendy současné medicíny, která preferuje využití fixních kombinací ke zlepšení adherence k léčbě, je i v případě pacientů po IM vhodné volit fixní kombinaci, např. kombinaci vysoce selektivního BB bisoprololu a ACEI perindoprilu, který je u pacientů s ICHS prověřený a účinný.¹⁰ Základem léčby hypercholesterolemie zůstává vysokodávkový statin, event. v kombinaci s ezetimibem, pokud je i na této maximální hypolipidemické léčbě hladina LDL-C ≥2,5 mmol/l, může být pacient i praktickým lékařem odeslán do nejbližšího Centra pro preskripci PCSK9 inhibitorů.

Reference:

1. Stručný přehled údajů z národního registru kardiovaskulárních intervencí za období 2005-2019 NZIS REPORT č. R02/12/2020 [online] ÚZIS: 2020 [cit. 3. 1. 2023] dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008350/nzis-rep-2020-r02-nrki-kardiovaskularni-intervence-2019.pdf>
2. Ošťádal P, Táborský M, Linhart A et al. Stručný souhrn doporučení pro dlouhodobou péči o nemocné po infarktu myokardu 2022. Cor et Vasa 2022; 64(Suppl.1): 7-28
3. Akincigil A, Bowblis JR, Levin C et al. Long-term adherence to evidence based secondary prevention therapies after acute myocardial infarction. J Gen Intern Med 2008; 23(2):115-121
4. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Eur Heart J. 2019; ehz455, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
5. Centra pro léčbu inhibitory PCSK9 [online] Česká společnost pro aterosklerózu [cit. 3. 1. 2023] dostupné z <https://athero.cz/centra-pro-biologickou-lecibu/>
6. Šnejdrlová M. Statinová intolerance a její praktická řešení. Kardiol Rev Int Med 2017; 19(3):161-163
7. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; 39:3021-3104
8. Xu W, Goldberg SJ, Shubina M et al. Optimal systolic blood pressure target, time to intensification, and time to follow-up in treatment of hypertension: population based retrospective cohort study. BMJ 2015; 350: h158.
9. Chen X, Barywani SB, Hansson PO et al. Impact of changes in heart rate with age on all cause death and cardiovascular events in 50-years-old men from the general population. Open Heart 2019; 6:e000856
10. Bertrand ME et al. Perindopril and β-blocker for the prevention of cardiac events and mortality in stable coronary artery disease patients: A European trial on Reduction Of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease (EUROPA) subanalysis. Am Heart J. 2015; 170:1092-1098.

XVII. jarní interaktivní konference

Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

12.–14. května 2023
Slovanský dům, Praha

Důležitý termín

V případě zájmu o aktivní účast na konferenci zašlete prosím abstrakt přes webové stránky <https://www.target-md.com/jik-2023/abstrakta/>

do 6. března 2023

Největší odborná konference pro praktické lékaře v Praze v roce 2023

Možnosti registrace: www.jik-svl.cz • e-mail: sekretariat@target-md.com
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • **Organizátor:** TARGET-MD s.r.o.

Marihuana, paměť, soustředění a rozhodování u starších osob



MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Praha

Úvod

O účinku marihuany na dospívající a mladé dospělé byla napsána řada prací. To se týká i poškození kognitivních funkcí (např. Meier et al., 2012, Nešpor a Csémy, 2013). Menší pozornost byla dosud věnována účinku konopných drog na paměť, soustředění a rozhodování u starších osob. O to cennější je rozsáhlá studie autorů Kurtzman et al. (2022). Citovaní autoři zjistili, že osoby ve věku nad 50 let, které uvedly během posledního měsíce kouření marihuany, uváděly 1,5× častěji poruchy paměti, soustředění a rozhodování. Toto zjištění nepřekvapuje. Honarmand et al. (2011) zjistili v kontrolované studii postižení kognitivních funkcí u skupiny osob, které pomoci konopí mírnily spasticitu provázející sklerózu multiplex (průměrný věk osob v tomto souboru byl přibližně 44 let).

Důsledky pro praxi

Přehnaná očekávání ve vztahu ke konopným drogám vedou některé osoby vyššího věku ke zneužívání těchto látek. Neuvědomují si při tom rizika a možné nežádoucí účinky. K těm patří kromě zhoršené paměti a soustředění také interakce s alkoholem nebo léky i další zdravotní problémy (např. Desai et al., 2018, Yang et al., 2022).

Literatura

Desai R, Shamim S, Patel K et al. Primary Causes of Hospitalizations and Procedures, Predictors of In-hospital Mortality, and Trends in Cardiovascular and Cerebrovascular Events Among Recreational Marijuana Users: A Five-year Nationwide Inpatient Assessment in the United States. *Cureus* 2018; 10(8):e3195.

Honarmand K, Tierney MC, O'Connor P, Feinstein A. Effects of cannabis on cognitive function in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2011; 76(13):1153-1160.

Kurtzman ET, Dowling NM, Beebe SL. Marijuana Use and Older Adults' Self-Reported Difficulty Concentrating, Remembering, or Making Decisions. *J Stud Alcohol Drugs*.2022; 83(6):893-900.

Meier MH, Caspi A, Ambler A et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012; 109(40):E2657-64.

Nešpor K, Csémy L. Kolik dospívajících je v Česku ohroženo trvalým poškozením poznávacích funkcí v důsledku kouření marihuany? *Praktický lékař* 2013; 93(1):21-22.

Yang PK, Odom EC, Patel R et al. Nonmedical Marijuana Use and Cardiovascular Events: A Systematic Review. *Public Health Rep.* 2022; 137(1):62-71.

Glosa z praxe

Funguji na zástupu, bylo to 3. 1. 2023. Hlas v telefonu: „Jedu autem, pošlete mně recept na mé léky na mobil. Chtěl bych dostat esemesku, jakmile dojedu do lékárny.“ Odeslal jsem recepty na mobil a napadla mě slova písně: „Tak kopni do tý bedny, ať panstvo nečeká.“ Tak jsme dopadli s digitalizací.

S pozdravem
MUDr. Jiljí Minařík
Veselí nad Moravou

Vážení čtenáři a řešitelé testů,

dle nového Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16, podle § 5 přílohy č. 1, jsou od 1. 7. 2012 všechny znalostní testy v odborných časopisech hodnoceny jednotně, a to 2 kredity. Za správné vyřešení testu budou řešitelům přiděleny **2 kredity ČLK**. Podmínkou ČLK pro přidělení kreditů je zaslání odpovědi v písemné podobě na odpovědním lístku nebo elektronicky na www.svl.cz, a to **nejpozději do 20. 2. 2023**. Písemné odpovědi zasílejte na adresu: Oddělení vzdělávání SVL ČLS JEP, Sokolská 31, 120 00 Praha 2.

Získané kredity budou úspěšným řešitelům připočítány k ročnímu souhrnnému certifikátu člena SVL ČLS JEP. Lékařům, kteří se nemohou prokázat číslem člena SVL ČLS JEP, kredity bohužel přiděleny nebudou.

Správné odpovědi z čísla 10/2022: 1a, 2c, 3a, 4c, 5c, 6a, 7b, 8a, 9a, 10ab

ZNALOSTNÍ TEST JE HODNOCEN 2 KREDITY ČLK

1. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

- je stav, kdy pacient rok užívá medikaci pro aspoň 2 diagnózy
- je stav definovaný paragrafovým zněním v několika různých zákonech
- musí být uznán, aby bylo možné hodnotit míru poklesu pracovní schopnosti

2. Příspěvek na péči

- je dávka pojistného systému, žadatel musí mít 10 let sociálního pojištění v ČR
- je dávka, která se přiznává jen na podkladě sociálního šetření a nešikovnosti klienta
- je dávka, kterou vyplácí úřad práce, pokud lékař OSSZ v posudku uzná nějaký stupeň závislosti na každodenní pomoci druhé osoby

3. Cílová hodnota LDL-cholesterolu u pacienta po infarktu myokardu je:

- < 1,8 mmol/l
- < 1,4 mmol/l
- < 2,6 mmol/l

4. Důvodem indikace terapie betablokátozem u pacienta s ICHS je:

- antihypertenzní účinek
- antianginózní působení
- zvýšení fibrilačního prahu

5. Na webu které organizace může každý všeobecný praktický lékař bezplatně získávat statistické údaje o své vlastní preskripci ATB (po provedení registrace) včetně porovnání s průměrnými hodnotami a „ukazateli kvality“?

- web Státního ústavu pro kontrolu léčiv, konkrétně: <https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
- web Kanceláře zdravotního pojištění, konkrétně: <https://puk.kancelarzp.cz>
- web Státního zdravotního ústavu, konkrétně: <https://www.antibiotickarezistence.cz/taxonomy/doporuceni/>

6. Jedním z cílů naší studie bylo zjišťování, jak velké jsou rozdíly mezi preskripční jednotlivých lékařů. Jaký byl rozdíl mezi minimálním a maximálním podílem penicilinů s úzkým spektrem (např. V-penicilin) na celkové preskripci ATB u sledovaných 49 lékařů?

- procento úzkospektrých PNC u lékaře s minimální preskripcí těchto ATB bylo nulové a u lékaře s maximální preskripcí těchto PN toto procento činilo 36 %
- procento úzkospektrých PNC u lékaře s minimální preskripcí těchto ATB činilo 10 % a u lékaře s maximální preskripcí 26 %
- procento úzkospektrých PNC u lékaře s minimální preskripcí těchto ATB činilo 12 % a u lékaře s maximální preskripcí 16 %

7. Skriningové vyšetření cílené na aneurysma břišní aorty je:

- v České republice zavedeno
- v České republice nezavedeno
- zavedeno u rizikových nemocných

8. Diabetes mellitus

- je rizikovým faktorem pro vznik nádorových onemocnění
- není rizikovým faktorem pro vznik nádorových onemocnění
- působí protektivně proti nádorovým onemocněním

9. Nález cystického ložiska pankreatu

- nevyžaduje další vyšetření
- by měl být pravidelně sledovaný
- je vhodné vyšetřit dalšími zobrazovacími metodami po zohlednění rizikových faktorů

10. Jaké procento žen atestovalo ve všeobecném praktickém lékařství v roce 2021?

- 48,1 %
- 58,1 %
- 68,1 %

Správné mohou být 1–3 možnosti.

Využijte tři platné pokusy o vyřešení tohoto testu elektronickou cestou na adrese www.svl.cz.

ODPOVĚDNÍ LÍSTEK – TEST Č. 1/2023

Jméno a příjmení _____

Adresa pracoviště _____

Členské číslo SVL (povinný údaj)
(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

Členské číslo ČLK (povinný údaj)
(bez tohoto čísla nemohou být kredity přiděleny)

Zakroužkujte 1–3
správné odpovědi:

1 a b c | **6** a b c

2 a b c | **7** a b c

3 a b c | **8** a b c

4 a b c | **9** a b c

5 a b c | **10** a b c

Víkendové vzdělávací semináře 2023

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP



Luhačovice • 24.–25. března



Srní • 21.–22. dubna



Ústí nad Labem • 26.–27. května



Znojmo • 2.–3. června



Devět skal • 23.–24. června



Špindlerův Mlýn • 8.–9. září

Možnosti registrace: www.target-md.com • e-mail: sekretariat@target-md.com
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP • Organizátor: TARGET-MD s.r.o.

PLNOU VERZI ČASOPISU
VČETNĚ INZERCE
NALEZNETE V INTERNÍ SEKCI
WWW.SVL.CZ